



Instituto Superior  
de Ciências Sociais e Políticas  
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA

# A participação das pessoas idosas em serviços de apoio domiciliário

A perspetiva do cliente face à intervenção social

**Miguel Nuno Ramos Leite Cordeiro Jerónimo**

Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas

Professora Maria Irene Carvalho

Dissertação para obtenção de grau de Mestre  
Em Política Social

Lisboa  
2016

VALORIZAMOS PESSOAS

WWW.ISCSP.U LISBOA.PT

### **Agradecimentos:**

Estou certo que a realização desta tese de mestrado em Política Social não teria sido possível sem o apoio inolvidável da boa gente que me rodeia.

Deixo expressos os mais sentidos agradecimentos à minha família pelo apoio sem medidas. Agradeço à minha noiva Raquel Alecrim que me apoia sempre. Aos meus amigos, muito obrigado.

Agradeço à Professora Ana Fernandes – que começou comigo este projeto.

Agradeço de coração cheio à minha orientadora: Professora Maria Irene Carvalho.

Ao ISCSP, muito obrigado.

Não podia deixar de agradecer às instituições que acolheram a investigação.

Agradeço ainda a cada um dos clientes que participaram na investigação e que me acolheram nas suas casas com carinho e diligência.

...Mas é sobretudo a Deus a quem agradeço neste momento.

## **Resumo:**

As sociedades modernas encontram-se demograficamente envelhecidas. A população idosa procura cada vez mais cuidados no domicílio procurando adiar ao máximo a institucionalização. Nesse sentido, a resposta social serviço de apoio domiciliário tem sido muito procurada desde a década de 90. A oferta desta resposta social aumentou muito desde então, todavia, importa também que aumente a qualidade dos serviços que esta desenvolve. Ao nível do Serviço Social constata-se que no acesso ao serviço e durante o processo de intervenção, o profissional decide pela pessoa idosa impondo-lhe a sua vontade. Nesses casos, o interventor não coloca a pessoa idosa no centro da intervenção social negligenciando por vezes os seus direitos. Desse modo a pessoa idosa perde a possibilidade de participar: participar da decisão nas matérias que a ela lhe dizem respeito, participar nos serviços que lhe serão prestados e até mesmo, participar na intervenção social, colocando em causa a autodeterminação.

O objetivo da presente investigação foi estudar este fenómeno procurando conhecer como é percebida pelos clientes a participação no que diz respeito à defesa da sua vontade, no contexto das intervenções de Serviço Social no âmbito do serviço de apoio domiciliário.

O presente estudo foi efetuado com recurso a métodos quantitativos e qualitativos e com técnicas mistas: a entrevista semidirigida e o inquérito por questionário. O universo do estudo foi composto por dois serviços de apoio domiciliário localizados na cidade Lisboa. Neste âmbito foi definida uma amostra intencional não probabilística. Aplicou-se o inquérito por questionário a 31 clientes de serviços de apoio domiciliário. Concomitantemente foram entrevistados dois profissionais de Serviço Social coordenadores dos serviços de apoio domiciliário estudados. O tratamento dos dados quantitativos foi efetuado através de um programa próprio para análise estatística: SPSS. Por seu lado, o tratamento dos dados qualitativos foi realizado por via da análise de conteúdo.

Concluímos que os clientes consideram-se plenamente participantes e plenamente respeitados quanto à sua participação e decisão, no âmbito da intervenção social. (Mas ficamos sem saber se estas respostas não ocorrem porque os clientes não desejam pôr em causa o serviço que lhes é prestado, demonstrando ainda mais a sua condição de fragilidade a nível da participação). Pois todavia, os mesmos clientes apontam posteriormente a ocorrência de variadas falhas, na consideração da vontade/autodeterminação dos clientes e na promoção da participação na intervenção social, por parte dos assistentes sociais. Isto sucede porque os clientes não estão integrados como seria desejável nos serviços e as intervenções não promovem a participação social efetiva devido às fragilidades físicas e cognitivas das pessoas idosas.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, pessoas idosas, serviço de apoio domiciliário, participação, vontade, autodeterminação.

**Abstract:**

Modern societies are demographically aged. The elderly population is increasingly seeking home care in an effort to postpone institutionalization as much as possible, and many people have thus been seeking home care services since the 1990s. The offer provided by such social response has also greatly increased since then. However, the increase in quality of these services is also important. At the Social Work level, it is noted that, regarding the access to home care services and during the intervention process, the practitioner makes decisions in behalf of the elderly person, therefore imposing its will over that of the elderly person. In such cases, the practitioner fails to place the elderly person at the center of social intervention, and sometimes neglects that person's rights. Thus, the elderly are denied the possibility to participate in the decision process regarding matters which affect them, in the services that will be provided to them and even in social intervention, calling into question their self-determination.

The goal of this investigation is to try to determine how clients understand their participation concerning the defense of their will. The context for this research is Social Service interventions, namely the service of home care.

This study applied quantitative and qualitative methods, as well as mixed techniques: the semi-structured interview and the questionnaire survey. The universe of the study consisted of two home care services located in Lisbon. Within this scope, an intentional, non-probabilistic sample was set. The questionnaire survey was applied to 31 clients of home care services. Concurrently, two social workers – the coordinators of the home care services studied in this thesis - were interviewed. The quantitative data was analyzed using specialized software for statistical treatment of data: SPSS. As for the qualitative data, it was processed using content analysis.

We concluded that the clients consider themselves to be fully participant and completely respected regarding their participation and decisions within the Social Work intervention. However, we don't know if these answers arise from the fact that they don't want to call into question the service they are provided with, showing an even more fragile condition concerning participation, as those clients subsequently point out various failures among the social workers' consideration of their will/self-determination and the promotion of participation in social intervention. This occurs because the clients are not integrated as would be desirable and interventions don't follow the social participation model because of the physical and cognitive weaknesses of the elderly person.

**Keywords:** Ageing, elderly people, home care service, participation, will, self-determination.

## Índice:

Agradecimentos.....	I
Resumo.....	II
Abstract.....	III
Introdução.....	1
<b>Capítulo 1- Fundamentação teórica.....</b>	<b>7</b>
1-Envelhecimento.....	7
2-Envelhecimento demográfico.....	10
3-Problemas associados ao envelhecimento.....	12
4-Envelhecimento ativo.....	15
5-Serviço Social e o envelhecimento.....	18
5.1- Funções do Serviço Social com pessoas idosas.....	20
6- Participação como direito fundamental.....	22
6.1- Noção de participação.....	22
6.2- Estudos sobre a participação.....	26
6.3- Limites da participação das pessoas idosas na intervenção social.....	28
7- Vontade como autodeterminação.....	30
<b>Capítulo 2 – O serviço de apoio domiciliário .....</b>	<b>32</b>
1- As políticas sociais para as pessoas idosas em Portugal.....	32
2- O serviço de apoio domiciliário: Análise da resposta.....	37
2.1- O serviço de apoio domiciliário: Evolução da resposta.....	40
2.2- O serviço de apoio domiciliário: evolução da regulação da resposta.....	43
3- Política de qualidade no serviço de apoio domiciliário.....	45
<b>Capítulo 3 – Metodologia e plano de trabalho.....</b>	<b>50</b>
1- Modelo de análise.....	50
2- Métodos e técnicas.....	51

2.1- Estratégias de acesso à população.....	52
<b>Capítulo 4 – Resultados obtidos.....</b>	<b>55</b>
1- A intervenção do Serviço Social e o serviço de apoio domiciliário: competências e atribuições.....	55
2- Quem são os clientes dos serviços de apoio domiciliário – perfis.....	58
3- Participação do cliente nas decisões profissionais.....	70
3.1- A dimensão do perfil como promotor de participação.....	71
3.2- A dimensão dos recursos do SAD como promotores de participação.....	74
3.3- A dimensão da intervenção do Serviço Social como promotora de participação.....	79
4- Níveis de participação e de defesa da vontade e autodeterminação dos idosos na intervenção.....	85
Discussão dos resultados.....	88
Conclusão.....	92
Bibliografia.....	99
Webgrafia.....	108

#### **Anexos:**

Anexo 1 – Guião dos inquéritos por questionário
Anexo 2 – Índice de Barthel
Anexo 3 – Técnica: Inquéritos por questionário
Anexo 4 – Guião das entrevistas semidirigidas
Anexo 5 – Transcrição da entrevista semidirigida 1
Anexo 6 – Transcrição entrevista semidirigida 2
Anexo 7 – Técnica: Entrevistas semidirigidas
Anexo 8 – Circular nº 4 – Segurança Social
Anexo 9 – Agendas internacionais do envelhecimento

Anexo 10 – Cobertura da rede nacional de respostas para pessoas idosas	
Anexo 11 – A independência do sujeito e o Índice de Barthel	
Anexo 12 – Testes – SPSS	
Anexo 13 – Texto integral do ponto 2.1 do 4º capítulo: O serviço de apoio domiciliário: Evolução da resposta	
Anexo 14 – Modelo de análise – texto integral	
Anexo 15 – Universo e amostra (texto integral):	
Anexo 16 – Inquéritos por questionário (originais)	
Anexo 17 – SPSS Statistics data document: O assistente social e a participação das pessoas idosas em serviços de apoio domiciliário	
Anexo 18 – SPSS Statistics data document: CSP1	
Anexo 19 – SPSS Statistics data document: CSP2	
Anexo 20 – Gravação da Entrevista Semidirigida 1	
Anexo 21 – Gravação da Entrevista Semidirigida 2	
Anexo 22 – Texto da tese	

### **Índice de figuras:**

Figura nº 1: Oito degraus da escada da participação cidadã.....	23
Figura nº 2: Enquadramento normativo do SAD em Portugal.....	43
Figura nº 3: Estrutura familiar dos inquiridos.....	60
Figura nº 4: Habilitações literárias dos inquiridos.....	61
Figura nº 5: Valor da reforma dos inquiridos.....	62
Figura nº 6 : Índice de Barthel – resultados dos inquiridos.....	64
Figura nº 7: Iniciativa na adesão ao serviço de apoio domiciliário.....	66
Figura nº 8: Gestão do dinheiro dos inquiridos.....	67
Figura nº 9: CSP2. Tabulação cruzada: Habilitações cruzadas * possibilidade de escolher os serviços desejados.....	73
Figura nº 10: grau de participação e decisão associado aos cuidados prestados pelos serviços de apoio domiciliário aos inquiridos.....	76

## Índice de gráficos:

Gráfico nº 1: Pirâmides etárias, Portugal e UE 28, 2013.....	11
Gráfico nº 2: Quanto gasta, em percentagem do PIB, a Segurança Social com pensões de velhice, invalidez ou sobrevivência?.....	14
Gráfico nº 3: Distribuição dos clientes em SAD por serviços prestados em 2014.....	39
Gráfico nº 4: Distribuição dos clientes SAD por escalão etário e sexo em 2014.....	40
Gráfico nº 5: Evolução das respostas sociais para pessoas idosas entre 2000 e 2014.....	41
Gráfico nº 6: Evolução da capacidade das respostas sociais para as pessoas idosas entre 2000 e 2014.....	42



## **Introdução:**

O tema deste trabalho é a participação das pessoas idosas em serviços de apoio domiciliário - a perspectiva do cliente face à intervenção dos profissionais de Serviço Social. O tema reporta à intervenção do assistente social com pessoas idosas em serviços de apoio domiciliário no que diz respeito à participação e à ponderação da vontade (entendida como: os interesses, os gostos e as aspirações) manifestada pelas mesmas na prestação de cuidados no domicílio, evidenciando a perceção dos clientes do serviço de apoio domiciliário quanto à sua participação e ao respeito pela sua vontade. Reporta portanto à autodeterminação das pessoas idosas no contexto de intervenção social.

Em termos pessoais este é um tema que importa estudar, pois exerço a profissão de assistente social nesta área. Exerci funções de assistente social em dois serviços de apoio domiciliário e relatei-me com várias instituições neste domínio. Tenho interesse pela área do envelhecimento e pela resposta social de serviço de apoio domiciliário.

Por outro lado, a escolha deste tema também se prende com o facto de me preocupar com a questão da participação das pessoas idosas perante as decisões que a elas lhes dizem respeito. Este interesse leva-me a desejar saber mais acerca da participação dos clientes idosos dos serviços de apoio domiciliário e da forma como estes se sentem respeitados e incluídos ao longo de todo o processo de intervenção. Gostaria de compreender quais os obstáculos e desafios que atualmente são impostos à participação da pessoa idosa nas suas decisões pessoais, sobretudo no âmbito das relações com assistentes sociais.

Do ponto de vista social o tema também se destaca por diferentes razões:

As sociedades modernas encontram-se demograficamente envelhecidas. A população idosa (dependente de terceiros para a realização das suas atividades de vida diárias) procura cada vez mais os serviços que são passíveis de ser prestados no domicílio. Esta população conta com o apoio dos seus cuidadores, os quais são normalmente familiares do sexo feminino. Sucede que atualmente a mulher encontra-se plenamente inserida no mercado de trabalho. As cuidadoras da população idosa são assim muitas vezes pessoas que já possuem mais de 60 anos de idade e que apresentam, elas mesmas, problemas de saúde muito relevantes.

Estes fatores levaram a um forte aumento da procura por respostas sociais capazes de apresentar uma alternativa de confiança para garantir a realização das atividades de vida diárias. A procura por qualidade no serviço prestado e a busca por uma alternativa à institucionalização

levaram a um aumento muito acentuado do recurso à resposta social: serviço de apoio domiciliário. A esta tendência da procura (por este tipo de serviços) juntou-se um favorável quadro político na década de 90 (e seguintes). O estado social e as suas políticas de welfare criaram o ambiente necessário para que fossem criados serviços de apoio domiciliário em grande número por toda a Europa.

Sendo verdade que são cada vez mais necessários serviços de apoio domiciliário para dar resposta adequada às necessidades das pessoas idosas dependentes, os temas escolhidos no contexto dessa resposta social ganham pertinência.

Como sabemos, não basta que a rede de serviços de carácter social (rede social) possua serviços de apoio domiciliário em número capaz para suprir a procura. Mais do que isso, importa sobretudo que os serviços respondam às expectativas dos clientes. Os cidadãos que são clientes dos serviços de apoio domiciliário desejam um serviço de qualidade. Ora, um serviço de qualidade não pode de modo algum excluir a satisfação dos direitos, liberdades e garantias dos cidadãos.

A garantia dos direitos foi efetuada através do contrato social. Desse modo, é importante que no que diz respeito aos direitos dos clientes, no âmbito do Serviço Social, que os profissionais sejam os primeiros a procurar consciencializar e capacitar o cliente dos seus próprios direitos.

Por fim, a relevância do tema está também subjacente à sua relação com o princípio da subsidiariedade e ao desenvolvimento de um verdadeiro empowerment da pessoa idosa. O desenvolvimento do tema está orientado para a intervenção que vise o mais possível a autonomia do cliente.

O tema também é pertinente pois está diretamente associado à promoção de boas práticas em Serviço Social.

No contexto da presente investigação, procurei abordar o tema de forma a que fosse possível dar resposta à seguinte pergunta de partida:

- No contexto das intervenções do Serviço Social no serviço de apoio domiciliário com os clientes, como é percebida a sua participação e considerada a sua vontade, tendo em conta o seu perfil, as necessidades e as respostas existentes?

A pergunta de partida acaba por definir o objeto de estudo, o qual é a perceção dos clientes face à sua participação e consideração pela sua vontade.

Ela contextualiza esse objeto de estudo, balizando-o/limitando-o ao contexto das intervenções do Serviço Social no serviço de apoio domiciliário.

Contudo, para responder à pergunta de partida, será importante ter em conta e analisar a relação que existe entre os técnicos e os clientes no que concerne à observância da vontade dos clientes durante toda intervenção.

O presente estudo possui os seguintes objetivos:

- 1- Identificar o perfil das pessoas idosas, que são clientes de serviços de apoio domiciliário, tendo em conta as suas necessidades sociais e pessoais e a sua capacidade de decisão;
- 2- Caracterizar a intervenção do profissional de serviço social na perspetiva do cliente (de modo a compreender de que forma é considerada a vontade do cliente, tendo como referência as necessidades e as possibilidades do serviço de apoio domiciliário);
- 3- Identificar perfis de participação das pessoas idosas tendo em conta a sua capacidade de decisão, nível de integração na comunidade, e os recursos disponíveis para satisfazer a sua vontade.

Este tema, a questão e os objetivos são essenciais para entender a intervenção do Serviço Social e promover boas práticas nesta área.

No que diz respeito ao Serviço Social, existem intervenções muitíssimo diversas, porém, todas assumem um denominador comum: toda a intervenção pretende estar centrada no cliente; toda a intervenção deseja estar moldada ao perfil do cliente, promover a sua participação e ser respeitadora da sua vontade.

Para quem trabalha em Serviço Social, este tipo de princípios são amplamente acarinhados. Quer interventores, quer académicos da área das ciências sociais, todos defendem que o cliente deve estar no eixo da intervenção. Do mesmo modo, os direitos relativos ao respeito pelo indivíduo, o direito à autodeterminação do cliente e o direito à sua liberdade, bem como o conceito de empowerment, parecem ser aceites com total unanimidade.

Apesar de aceites e apreciados, estes princípios e noções continuam a ter, na prática, uma aplicação confusa, que acaba por ser regularmente negligenciada. A primazia e a eficácia da aplicação deste tipo de direitos do cliente nem sempre estão asseguradas. Se o código deontológico e a ética regulam no sentido segundo o qual os assistentes sociais devem garantir/desenvolver junto dos clientes o máximo possível os direitos relativos ao respeito pelo indivíduo, à sua autodeterminação e até ao desenvolvimento de um verdadeiro empowerment, o que se constata é que a aplicação destes direitos encontra atualmente sérias barreiras.

Assim sendo, tornou-se então pertinente estudar este tema, não só pelas razões já descritas, mas também pelas que passo a apresentar:

Este estudo irá gerar novos dados a respeito de assuntos sobre os quais ainda não possuímos dados suficientes:

- O atual estado das intervenções, no que concerne à participação do cliente na intervenção, bem como ao respeito pela sua vontade e à forma como é tido em conta o seu perfil pelos assistentes sociais;
- A ocorrência de intervenções de índole paternalista;
- O cliente como verdadeiro eixo da intervenção;
- Os limites impostos ao princípio da autodeterminação, da liberdade individual do cliente e do empowerment nas intervenções;

O presente estudo irá possibilitar a reflexão sobre medidas que combatam o problema.

Introduzindo agora a metodologia empregue para levar a cabo a presente investigação, posso afirmar que optei por realizar o presente estudo recorrendo a técnicas mistas.

Parti da elaboração de um modelo de análise o qual procura operacionalizar o conceito de participação (do cliente nas decisões profissionais). O conceito foi operacionalizado em dimensões. Cada dimensão foi operacionalizada em variáveis que se tornaram na base dos inquéritos por questionário e das entrevistas semidirigidas que foram aplicadas mais tarde.

Assim sendo foi definida uma amostra intencional não probabilística. Aplicou-se o inquérito por questionário a 31 clientes de serviços de apoio domiciliário. Concomitantemente foram entrevistados dois profissionais de Serviço Social coordenadores dos serviços de apoio domiciliário estudados.

Quanto aos métodos quantitativos adotados, a técnica do questionário foi a opção selecionada para recolha de informação junto das pessoas idosas que usufruem de serviços de apoio domiciliário. No que diz respeito aos métodos qualitativos foi adotada a entrevista semidirigida, realizada a informadores qualificados: profissionais de serviço social, responsáveis por serviços de apoio domiciliário.

O tratamento dos dados quantitativos foi efetuado através de programas estatísticos próprios para esse tipo de análise. Por seu lado, o tratamento dos dados qualitativos foi realizado por via da Análise de conteúdo.

Resta ainda abordar os resultados que pretendo obter com este estudo: desejo que este estudo proporcione mais informação acerca das práticas dos assistentes sociais e da maneira como lidam com o cliente durante a intervenção.

Com o presente estudo procuro constatar evidências da atual ocorrência de casos onde ocorrem más práticas na intervenção social.

Com isto se propõe uma tomada de consciência acerca deste problema, bem como se deseja que os assistentes sociais repensem as suas práticas.

Pretendo assim gerar mais informação nesta área, a qual considero ainda não suficientemente estudada. Desejo que este estudo estimule os assistentes sociais à realização de práticas verdadeiramente centradas no cliente, atendo-se ao seu perfil e respeitando a sua participação e vontade.

Resulta ainda do presente estudo o incentivo à criação de futuros estudos na mesma área, nomeadamente estudos de verificação de hipóteses, onde futuramente se poderá analisar o problema com maior detalhe.

Desejo incentivar a comunidade científica para o seguinte: do mesmo modo que este trabalho possibilitará um estudo preliminar aplicado a uma área específica de intervenção, isto é, a pessoa idosa no contexto da resposta social de serviço de apoio domiciliário, desejo agora que o presente trabalho encoraje outros à elaboração de novos estudos sobre a forma como é tida em conta a vontade e o perfil do cliente noutras áreas do Serviço Social (como por exemplo: saúde, educação, trabalho, reinserção social, Serviço Social com comunidades e com grupos, também ao nível do trabalho autárquico e até ao nível da cúpula política).

O presente trabalho encontra-se organizado da seguinte forma: No capítulo 1 realiza-se a fundamentação teórica em torno do conceito de envelhecimento. Explora-se ainda os conceitos de participação, vontade e autodeterminação. No capítulo 2 aborda-se o serviço de apoio domiciliário. Analisa-se a resposta social com profundidade e contextualiza-se a mesma no quadro da política social nacional. O capítulo 3 destina-se à metodologia. Nesse capítulo expõe-se o modelo de análise, bem como as opções metodológicas adotadas e as técnicas empregues no estudo. No Capítulo 4 demonstra-se sistematicamente todos os resultados obtidos neste estudo de caso. Respondendo à pergunta de partida e aos objetivos, esse capítulo traça o perfil dos clientes de serviço de apoio domiciliário e realiza a caracterização do modo como é percebida a participação dos clientes (por via do modelo de análise).

Depois destes quatro capítulos é realizada a discussão de resultados, onde se interpretam os resultados obtidos no estudo, dando assim resposta aos objetivos traçados.

O trabalho finda com a conclusão. Nela são expostos os novos contributos para o conhecimento (alcançados com este estudo), e são realizadas propostas concretas de combate ao problema estudado.

## Capítulo 1- Fundamentação teórica:

Na investigação em ciências sociais, os problemas complexos devem ser clarificados (Quivy & Campenhoudt, 1992, pp. 89-90). Os problemas possuem diversas dimensões e diversos conceitos. Para que seja possível avançar na investigação com clareza, é necessário desambiguar tais dimensões e conceitos (Quivy & Campenhoudt, 1992, pp. 89-90). Desta forma podemos evitar mal entendidos, garantindo para quem lê, uma interpretação do texto bem mais precisa.

No presente capítulo, realizamos uma explanação aprofundada do problema da investigação juntamente com os conceitos que lhe estão relacionados.

### 1- Envelhecimento:

O envelhecimento é um fenómeno puramente natural, físico e irreversível, e foi desde sempre motivo de reflexão dos homens, na sua aspiração ao eterno, na sua perplexidade face ao sofrimento e à morte (Fontaine, 2000, p. 19). O processo de envelhecimento afeta todos os seres vivos. O ser humano tem visto a sua esperança de vida aumentar significativamente, tendo sido essa uma das grandes conquistas da humanidade. Todavia, o processo de envelhecimento e o seu inevitável termo na morte do organismo continuam a ser inalienáveis à realidade do ser humano (Henrard, 1997, p. 1).

“(…) Não obstante, o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial. Ele afeta todos os seres vivos e o seu termo é a morte do organismo. É, assim, impossível datar o seu começo porque, de acordo com o nível no qual ele se situa (biológico, psicológico ou sociológico), a sua velocidade e a sua gravidade são extremamente variáveis de indivíduo para indivíduo” (Fontaine, 2000, p. 19).

O envelhecimento é um conceito complexo. Para o definir a Organização Mundial de Saúde (2001) faz uma distinção entre o conceito de “*normal ageing*” e o conceito de “*process of ageing*” (p. 10). “(‘*normal ageing*’) represents the universal biological changes that occur with age and are unaffected by disease and environmental influences. Not all of these age-related changes have adverse clinical impacts” (OMS, 2001, p. 10). Por seu lado, o conceito de “*process of ageing*”

ênfatiza os constrangimentos das doenças e as implicações dos fatores que se relacionam com o envelhecimento:

“By contrast, the process of ageing is strongly influenced by the effects of environmental, lifestyle and disease states that, in turn, are related to or change with ageing but are not due to ageing itself. Often what was once thought to be a consequence of normal ageing is now more appropriately attributed to ageing-associated factors. In this context, common definitions of ageing rarely separate the two processes” (OMS, 2001, p. 10).

Para Rosa (2012), o envelhecimento pode ainda ser percebido por recurso a dois conceitos distintos: o conceito de envelhecimento individual e o conceito de envelhecimento coletivo (pp. 19-25). O envelhecimento individual, subdivide-se nos conceitos de envelhecimento cronológico (que diz respeito à ação do tempo sobre os indivíduos) e de envelhecimento biopsicológico (que diz respeito às alterações provenientes da degeneração biológica dos corpos e do impacto que esses processos acarretam quer para o corpo como para a psique dos indivíduos). Por seu lado o conceito de envelhecimento coletivo, também se subdivide em dois conceitos: o envelhecimento demográfico (que diz respeito ao envelhecimento de uma população. Indicadores como o índice de envelhecimento e o aumento da idade média da população ilustram o seu envelhecimento demográfico (Rosa, 2012, pp. 22-23)), e envelhecimento societal (que diz respeito “(...) à estagnação de certos pressupostos organizativos da sociedade (...)”, isto é, de certas ideias concebidas pelos membros da sociedade, as quais não se alteram “(...)por razões por vezes difíceis de compreender, como retratada na expressão «sempre foi assim!»”)(Rosa, 2012, pp. 24-25).

A par do conceito de envelhecimento anda o conceito de senescência. Para Henrard (1997) a senescência consiste no conjunto dos processos biológicos que, com o “avançar da idade”, colocam os indivíduos mais vulneráveis aos fatores passíveis de conduzir à sua morte (p. 1). A morte ocorre no momento em que as capacidades funcionais do organismo falham devido à influência das agressões externas (como as doenças e/ou acidentes) (Henrard, 1997, p. 1).

Os processos próprios do envelhecimento e da senescência possuem quatro características: são universais, progressivos, endógenos e degenerativos (Henrard, 1997, p. 1).

Todavia, é importante referir que nem todos os seres humanos envelhecem do mesmo modo. Para Fernandes (2007) “O envelhecimento ocorre com o efeito combinado dos factores ambientais e genéticos” (p. 421). Ora tais fatores não atuam sobre cada indivíduo da mesma forma, (sendo que a



sua influência pode ser mais aguda ou menos aguda segundo cada caso). Existem assim bastantes fatores que influenciam o “*process of ageing*” - estes fatores podem ser externos (por exemplo: a possibilidade de acesso a uma boa rede de cuidados de saúde), como internos (por exemplo: fatores associados a uma genética propícia à longevidade). Estes fatores podem ainda ser tanto positivos (por exemplo: possuir cuidadores bem preparados), como negativos (por exemplo: as adições, como o tabaco e o álcool).

O “*process of ageing*” influi diretamente na vida/quotidiano do indivíduo, contudo, o envelhecimento não diz respeito somente a cada pessoa individualmente. Ele tem um profundo impacto na sociedade (Bonfim et al., 1996, p. 5; Capucha, n.d., p. 345). A sociedade mantém uma visão negativa perante o envelhecimento. A velhice “parece surgir (...) associada às incapacidades físicas, psíquicas e mesmo materiais que surgem nas idades muito avançadas” (Fernandes, 2001, p. 7). Essa incapacidade pode levar facilmente à dependência de terceiros para a realização das atividades de vida diárias. Tais fatores estão associados a fenómenos como o idadismo ou a gerontofobia (International Longevity Center-USA, 2006, p. 21). Nesse sentido,

“(...) é necessário que, quer os idosos, quer a sociedade envolvente, os ajude a envelhecer criativamente, não apenas desmistificando os diversos mitos ou estereótipos (de improdutividade, de incapacidade, de degenerescência, de amargura, etc.), mas promovendo de todos os modos as suas capacidades e criando uma cultura de respeito pela ancianidade, ao mesmo tempo que cuidam mais da sua saúde física e psíquica” (Oliveira, 2008, p.31).

Se é verdadeiro que o envelhecimento tem um profundo impacto na sociedade, então também é certo afirmar que o envelhecimento pode ser estudado não somente pelas ciências da saúde, (tais como a medicina, a biologia, a fisiologia, entre muitas outras), bem como pelas ciências sociais (como a Psicologia, a Demografia e pela Sociologia). porque o fenómeno do envelhecimento também é um fenómeno social (Andrade, 2013, p.3).

Por sua vez o Serviço Social confere ao envelhecimento uma atenção particular sempre que a pessoa idosa apresenta problemas de carácter social (Bonfim et al., 1996, pp. 29-32).

As ciências da saúde tratam o tema do envelhecimento apontando as principais alterações fisiológicas e neurológicas que este provoca na pessoa idosa. Destacam-se a redução do número de neurónios (e por isso das funções cerebrais), a perda do equilíbrio, a perda de audição e de visão, redução do tónus muscular com repercussões diretas para a redução da capacidade

motora/inatividade, maior propensão para ocorrência de acidentes cardiovasculares (Petroski, Virtuoso-Júnior & Tribess, 2009, p. 41).

A psicologia, por seu lado, refere os aspetos que as pessoas idosas experimentam individual e casuisticamente ao longo dos seus processos de envelhecimento. Refere (e estuda) fenómenos relativos à: perda de memória, declínio na manifestação da afetividade, dos interesses, das ações, das emoções e dos desejos, acentuação das características da personalidade, crescente dificuldade na assimilação de ideias, conceitos e situações novas e ainda o aumento quer do sentimento de solidão, bem como o aumento de patologias psiquiátricas (como a depressão, o Alzheimer e demências) (Rodrigues, 2012, pp. 43-44).

## **2- Envelhecimento demográfico:**

Para a demografia, o envelhecimento é medido e analisado tendo em conta não uma perspetiva casuística, mas sim social. A demografia enriquece assim a forma como compreendemos o envelhecimento. Importa assim debruçar-nos sobre a sua análise com maior pormenor:

Segundo o relatório «An Ageing World: 2001» (Kinsella & Velkoff, 2001, p. 7), em 2000 existiam 420 milhões de indivíduos com 65 e mais anos em todo o mundo.

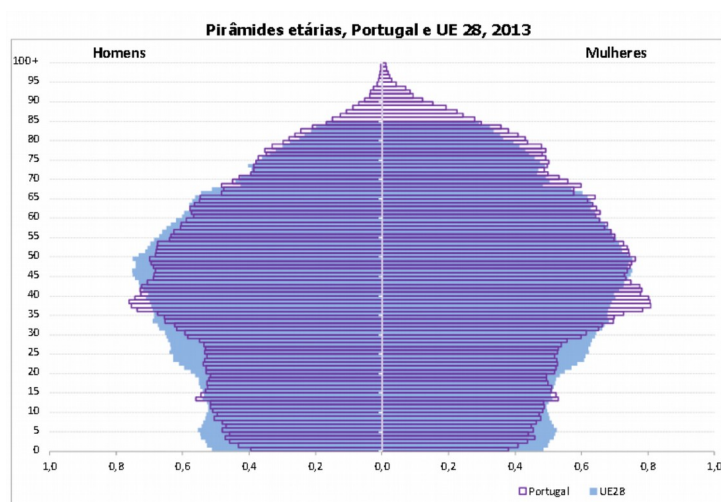
Presentemente, a Itália é o país que possui mais pessoas idosas no conjunto da sua população, sendo que cerca de 18% da população tem 65 ou mais anos (Carvalho, 2013, p. 12). Estima-se que na Europa, no ano de 2025, as pessoas idosas constituirão 25% da população (Carvalho, 2013, p.12). A sociedade portuguesa apresenta a mesma tendência:

“O envelhecimento da população portuguesa verificado nas últimas décadas, é obviamente atravessado pelas mudanças sociais, económicas e culturais decorrentes do próprio processo de desenvolvimento sócio-económico. Estamos pois perante um número crescente de pessoas idosas, abrangendo várias gerações de idosos, ou seja, um grupo heterogéneo que integra vários grupos de idade, diferentes percursos e modelos de vida claramente contrastados no espaço e no tempo” (Bonfim et al., 1996, p. 5).

A análise da pirâmide etária portuguesa (ano de 2013) evidencia o envelhecimento populacional. Por sua vez, a análise da estrutura etária da população denota o quão envelhecida se tornou a população nacional desde a década de 70 (PORDATA, 2016, pp. 2. 8). A tendência

demográfica aponta para o acentuar do peso relativo da população idosa nos próximos anos (INE, 2015, p. 2).

Gráfico nº 1: Pirâmides etárias, Portugal e UE 28, 2013



Fonte: (PORDATA, 2016, p. 8)

Neste contexto, Portugal apresentava no ano de 2015 o quinto valor mais elevado do índice de envelhecimento no conjunto dos 28 Estados Membros (INE, 2015, p. 1).

Tal como defende Chitas & Rosa (2010), este fenómeno encontra a sua raiz nas notáveis alterações demográficas ocorridas desde a década de 70, tais como: o aumento da esperança de vida à nascença, a qual em 2010 se posicionava nos 82,4 anos para as mulheres e nos 76,5 anos para os homens; a retração do número de filhos por casal; o êxito no controlo da mortalidade precoce (pp. 22-25).

A população Europeia registou um envelhecimento demográfico acentuado e Portugal acompanhou essa tendência a um ritmo acelerado (Chitas & Rosa, 2010, p. 22).

Dentro do território nacional o fenómeno do envelhecimento tem-se intensificado de forma heterogénea: Em 2014, 78% dos distritos (de Portugal continental) e 71% dos concelhos registaram valores do peso da população com 65 ou mais anos superiores à média do continente (para o mesmo indicador). As grandes exceções encontram-se associadas às áreas metropolitanas de Lisboa e Porto, as quais se encontram mais rejuvenescidas (Carta Social, n.d. a, p. 35).

É importante salientar que o envelhecimento demográfico não deve ser à partida conotado como algo negativo. Capucha (n.d.) considera o fenómeno do envelhecimento demográfico das sociedades como um “notável progresso social” (p. 337). De facto, parece justo e correto enfatizar que o fenómeno do envelhecimento demográfico tem por base aspetos muito positivos do ponto de vista civilizacional, tais como: o sucesso das políticas de saúde e de proteção social (Capucha, n.d., p. 337), o “prolongamento da duração de vida em resultado dos progressos sanitários e melhor controlo dos flagelos de saúde tradicionais” (Pires, 2014, p.13), a melhoria generalizada das condições de vida e do acesso mais democrático ao bem-estar (Capucha, n.d., p. 338), a maior redistribuição de rendimentos (em particular no âmbito da Segurança Social, mas também ao nível do trabalho) (Capucha, n.d., p. 338). Nesse sentido, refere Capucha (n.d.) que: “Do lado da demografia as notícias são, portanto, muito boas e as perspetivas para quem está ou se aproxima dos 65 anos, são de alento” (Capucha, n.d., p. 340).

### **3- Problemas associados ao envelhecimento:**

Se por um lado é importante enfatizar o fenómeno do envelhecimento demográfico como um “notável progresso social” (Capucha, n.d., p. 337), ainda assim, também é necessário notar que o mesmo fenómeno se encontra associado a problemas diversos, quer de carácter individual, como de carácter social.

Os problemas de carácter individual são sumariamente os seguintes:

a) A inatividade, associada às pessoas idosas:

“As recomendações da OMS têm contribuído para que a inatividade física tenha sido destacada, por órgãos públicos oficiais de diversos países, como um dos principais fatores de risco para saúde pública. Essa informação é fundamentada em inquéritos populacionais, os quais evidenciaram que níveis baixos de atividade física estão diretamente relacionados com a morbilidade por diferentes doenças e, até mesmo, com a mortalidade” (Petroski, Virtuoso-Júnior & Tribess, 2009, p. 41).

b) As doenças (sobretudo crónicas): as quais estão associadas ao processo de envelhecimento e acarretam perda da qualidade de vida (Andrade, 2013, p. 4.6).

c) A dependência (Bonfim et al., 1996, pp. 31-32): o aumento progressivo do número de pessoas idosas tem provocado também o aumento da ocorrência de situações de dependência física, psíquica e/ou social para as quais as respostas existentes não têm sido nem suficientes nem adequadas (Bonfim et al., 1996, p. 7).

d) O isolamento/solidão:

“(…) Podemos afirmar que, quer ao nível da evolução demográfica quer das suas repercussões em termos espaciais (concentração crescente das pessoas idosas nos centros urbanos, com destaque para as zonas metropolitanas de Lisboa e Porto, e o concomitante isolamento dos idosos residentes no interior do país), quer ao nível das mudanças da estrutura familiar quer ainda das transformações económicas com inevitável impacto nas relações inter-gerações e na recomposição do tecido social, a situação actual apresenta desafios consideráveis à formulação da política social nesta área bem como ao desenvolvimento da inovação orientada e centrada na melhor garantia dos direitos dos cidadãos idosos” (Bonfim et al., 1996, p. 5).

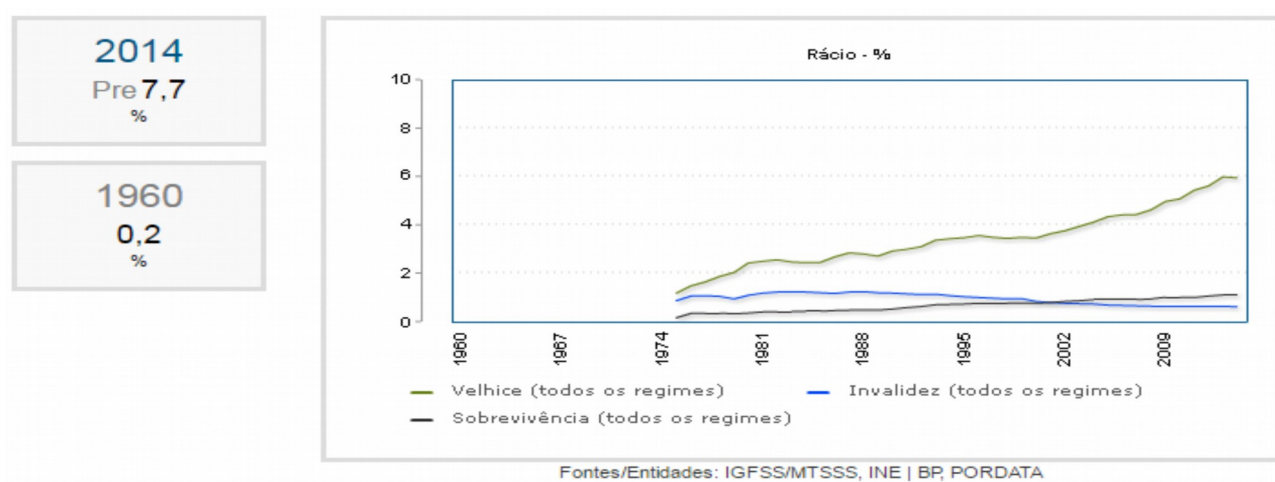
Todos estes problemas de carácter individual acarretam consequências que se estendem a toda a sociedade.

No âmbito social podemos identificar:

a) O custo económico acrescido: as pensões, os apoios sociais e outros custos associados a políticas sociais a favor da crescente população idosa representam um custo económico muito significativo para os orçamentos nacionais.

Segundo PORDATA Base de Dados de Portugal Contemporâneo (n.d.), em Portugal, no ano de 1960 as pensões de velhice, invalidez e sobrevivência custaram ao estado apenas 0,2% do seu PIB. Todavia, no ano de 2014 as mesmas pensões custaram 7,7% do PIB (PORDATA, n.d. a).

Gráfico nº 2: Quanto gasta, em percentagem do PIB, a Segurança Social com pensões de velhice, invalidez ou sobrevivência?



Estes dados constituem uma evidência do crescente custo económico que as pensões e a política de velhice acarreta para a nação. Por esse motivo, Capucha (n.d.) afirma que a velhice pode ser encarada pelo estado como um “risco”, e que a população idosa pode ser conotada pejorativamente como um grupo de “consumidores de recursos” (p. 338).

b) O desequilíbrio macroeconómico: o envelhecimento da sociedade conduz ao desequilíbrio macroeconómico e coloca em causa a lógica de coesão social e de solidariedade intergeracional sob a qual se encontra assente o estado de previdência social (Capucha, n.d., p. 345). Este fenómeno encontra-se bem patente na realidade portuguesa. Nos últimos dez anos, Portugal tem vindo a implementar medidas de ajuste do regime da Segurança Social de modo a evitar a sua falência, (conforme alertou a OCDE em 2006 no seu relatório relativo à economia portuguesa):

“According to updated national estimates presented in the 2006 Budget, under unchanged policies, pension expenditure would increase by 4% of GDP by 2050 (from 7.5% in 2005 to 11.4% in 2050) while revenues are expected to increase from 7.8% of GDP to 8.2%. As a result, the system would run a deficit as from 2007 onwards, and the reserve fund would have a zero balance in 2014)” (OCDE, 2006, p. 60).

#### **4- Envelhecimento ativo:**

Na II Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, organizada em Madrid em 2002, a Organização Mundial de Saúde definiu o envelhecimento ativo do seguinte modo: “Active ageing is the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age” (OMS, 2012, p. 12).

Esta noção de envelhecimento ativo potencia a construção de uma perspetiva integrada do envelhecimento, onde a mesma se encontra assente sobre três importantes pilares: a saúde, a segurança e a participação (OMS, 2012, p. 12). O mesmo conceito diz-nos que o objetivo do envelhecimento ativo é a melhoria da qualidade de vida (OMS, 2012, p.12).

O envelhecimento ativo tem assim que ver com o reconhecimento do potencial que o ser humano continua a possuir mesmo durante o processo de envelhecimento (OMS, 2012, p. 12). A Organização Mundial de Saúde, na Assembleia Mundial de Madrid, “convidou” as pessoas idosas a explorar esse potencial para obter uma qualidade de vida mais satisfatória. Mas não foram só os indivíduos que foram “convidados” a fazer algo mais neste âmbito, uma vez que destes encontros resultaram estratégias e planos de ação de longo prazo, os quais serviram de referência para as políticas dos governos das Nações Unidas (Engenheiro, 2008, p. 25).

Essa política de envelhecimento assenta sobre três pilares: saúde, segurança e participação (OMS, 2012, p. 45).

-Pilar da saúde: é reforçada a ideia de que a saúde é uma área incontornável para se atingir um envelhecimento ativo (OMS, 2012, pp. 45-46). É lançado o repto do desenvolvimento de diagnósticos médicos e de atuação em prevenção de modo a que as pessoas idosas possam viver mais anos com qualidade de vida e autonomia (OMS, 2012, pp. 46-48). Exorta-se à prevenção em matéria de cuidados com a alimentação, consumo de álcool, tabaco e comportamentos de risco (OMS, 2012, pp. 48-49; Carneiro, 2012, p. 15). É pedida uma redução nos custos (para a população idosa mais desfavorecida), na aquisição de medicação, na obtenção de ajudas técnica, (tais como: compra de aparelhos auditivos, óculos e andarilhos), bem como na realização de atos clínicos maioritariamente requeridos por pessoas idosas, (tais como: operação às cataratas e cirurgias de ortopedia) (OMS, 2012, pp. 48-50). Os estados membros são também “convidados” a tomar parte noutro tipo de medidas de prevenção, tais como: a implementação de medidas que tornem mais seguro o ambiente das pessoas idosas. Deseja-se sobretudo criar cidades “age-friendly” onde a pessoa idosa possa circular com maior facilidade e segurança (evitando os perigos do tráfego),



possuindo habitação e transportes públicos adaptados, e onde os edifícios públicos se tornam mais seguros e acessíveis (OMS, 2012, p. 47). Estas medidas envolvem ainda um incremento na qualidade de vida das pessoas que sofrem de problemas crónicos de saúde ou que sejam portadoras de alguma incapacidade, por via do reforço da rede de respostas sociais e da criação de apoios para as famílias cuidadoras (OMS, 2012, pp. 49-50).

-Pilar da segurança: na área da segurança a Organização Mundial de Saúde procurou estimular o desenvolvimento de medidas que se aplicam ao meio ambiente da pessoa idosa, por forma a que esse ambiente se torne o mais propício possível para um envelhecimento positivo, com qualidade e dignidade (OMS, 2012, pp. 52-53). Neste âmbito surgem várias orientações, tais como: o combate ao abuso contra pessoas idosas, encorajando os estados membros a reconhecerem, criminalizarem e perseguirem os prevaricadores; como o reconhecimento de direitos iguais para a mulher idosa; como o reconhecimento da necessidade e direito a abrigo/habitação, bem como a proteção especial em contexto de crise, guerra ou calamidade para a pessoa idosa (OMS, 2012, p. 53).

É também pedido aos estados membros que garantam um sistema de Segurança Social capaz de prover receita suficiente à pessoa idosa (OMS, 2012, p. 52).

A área da segurança estende-se ainda à “proteção do consumidor”, onde se pretende proteger a pessoa idosa de produtos/serviços inadequados, tais como medicação ou cuidados de saúde sub-regulados (OMS, 2012, p. 53).

-Pilar da participação: Este é o pilar que mais importa focar, uma vez que o conceito de participação é fundamental para o presente estudo.

Para Ribeiro & Paúl (2011), o terceiro pilar aborda os grupos sociais que envolvem a pessoa idosa. A seu ver, a família, os amigos, o exercício da cidadania e a participação ativa em diversos contextos da vida social constituem as palavras-chave para um envelhecimento bem-sucedido (p. 15)

Para a Organização Mundial de Saúde, o envelhecimento ativo permite às pessoas idosas o reconhecimento do seu potencial para participar amplamente na sociedade civil segundo os seus desejos (OMS, 2012, p.12). Para a área da participação a Organização Mundial de Saúde procurou estimular a criação de medidas que envolvam os seguintes aspetos:

- a) Redução da iliteracia das pessoas idosas (OMS, 2012, p. 51);
- b) Ensino de cuidados pessoais de saúde (que as pessoas idosas devem possuir) (OMS, 2012, p. 51);



- c) Criação de meios que permitam às pessoas idosas o acesso a ensino diversificado (ao longo de toda a sua vida) (OMS, 2012, p. 51);
- d) Promoção de aprendizagem de novos conteúdos, sobretudo na área das tecnologias da informação e agricultura (OMS, 2012, p. 51);
- e) Alargamento do acesso a programas de desenvolvimento social, geração de receita e crédito, de modo a que as pessoas idosas possuam o mesmo grau de acesso a tais medidas comparativamente aos cidadãos mais jovens (OMS, 2012, p. 51);
- f) Criação de medidas que ajudem as pessoas idosas a permanecer no seu local de trabalho ou a ter acesso a trabalho relevante, mesmo após a idade da reforma (OMS, 2012, p. 51);
- g) Criação de um sistema de pensões de velhice que encoraje a produtividade e que seja mais flexível, de modo a que possibilite uma reforma que seja gradual ou parcial (OMS, 2012, p. 51);
- h) Desenho de medidas que reconheçam o papel dos cuidadores e o mérito do trabalho (não remunerado) no setor informal (OMS, 2012, p. 51);
- i) Reconhecimento do valor do voluntariado e desenvolvimento de oportunidades que permitam a participação das pessoas à medida que envelhecem (OMS, 2012, p. 51);
- j) Desenvolvimento de uma rede de transportes públicos acessível e adaptada à pessoa idosa;
- l) Introdução das pessoas idosas na vida política dos seus países, sobretudo em órgãos que afetem os seus direitos civis (OMS, 2012, p. 51);
- m) Flexibilização de horários ao longo de todo o curso da vida, nas áreas da educação, trabalho e cuidados às pessoas dependentes (OMS, 2012, p. 52);
- n) Criação de habitação adaptada para idosos e suas famílias de modo a que se estimule a participação e interação familiar e intergeracional (OMS, 2012, p. 52);
- o) Promoção de atividades intergeracionais nas escolas e comunidades (OMS, 2012, p. 52);
- p) Reconhecimento do papel dos avós (OMS, 2012, p. 52);
- q) Promoção de parcerias entre instituições (que trabalham com pessoas idosas) e os média, com o intuito de alterar a visão negativa que as populações possuem do envelhecimento ativo (OMS, 2012, p. 52);
- r) Educar os cidadãos para o envelhecimento ativo (OMS, 2012, p. 52);
- s) Desenvolver medidas anti discriminação da pessoa idosa (“ageism”) (OMS, 2012, p. 52);

t) Desenvolvimento e garantia de igualdade de género no acesso das pessoas idosas do sexo feminino à educação, e à vida política bem como a cargos de poder nos seus países (OMS, 2012, p. 52).

Portugal e os restantes estados membros da ONU, ao ratificarem os documentos da assembleia,

“(...) comprometeram-se a assegurar a plena protecção e promoção dos direitos humanos e liberdades fundamentais, reconhecendo que, quando envelhecem, as pessoas deveriam ter oportunidades de realização pessoal, de levar uma existência saudável e segura e de participar activamente na vida económica, social, cultural e política. (...) a Assembleia expressou também o seu empenhamento em garantir um envelhecimento activo, por meio da promoção de estilos de vida saudáveis, de acesso aos serviços, do investimento nos serviços sociais e da protecção do direito de as pessoas idosas continuarem a trabalhar, se assim o desejarem” (ONU, 2002a, p. 1).

Consequentemente e no esforço de cumprir tais compromissos o estado português aprovou a resolução nº 61/2012 na qual se recomenda ao governo que:

“(...) artº 4

Valorize o envelhecimento ativo, nomeadamente com o voluntariado sénior, potenciando o relacionamento intergeracional através da troca de experiências, da passagem de testemunho cultural e assegurando um combate efetivo ao isolamento da pessoa idosa e favorecendo a sua saúde física e mental” (Resolução da Assembleia nº 61, de 4 de maio de 2012, artº 4).

## **5- Serviço Social e o envelhecimento:**

Internacionalmente o Serviço Social é definido como,

“(...) uma profissão de intervenção e uma disciplina académica que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o empowerment e a promoção da

Pessoa. Os princípios de justiça social, dos direitos humanos, da responsabilidade coletiva e do respeito pela diversidade são centrais ao Serviço Social. Sustentado nas teorias do serviço social, nas ciências sociais, nas humanidades e nos conhecimentos indígenas, o serviço social relaciona as pessoas com as estruturas sociais para responder aos desafios da vida e à melhoria do bem-estar social” (APSS, 2014).

A definição de Serviço Social relaciona a intervenção levada a cabo pelos assistentes sociais com a “(...) a mudança social, a resolução de problemas nas relações humanas e o reforço da emancipação das pessoas para promoção do bem-estar” (Caissie, 2014, pp. 2-3). Perante tudo o que anteriormente foi referido (desde o início do capítulo), é preciso considerar o Serviço Social como disciplina ao serviço da sociedade humana. Nesse sentido, quanto mais atender às reais necessidades da sociedade que muda e envelhece, mais bem-sucedida será a sua ação. De facto, o Serviço Social não se alheia dos factos e tendências demográficas. O Serviço Social procura sempre responder o melhor possível às exigências e necessidades da sociedade emergente. O Serviço Social não é simplesmente uma profissão onde se realiza o mero cumprimento de funções ou tarefas. O Serviço Social é uma profissão política. A sua ação possui um sentido que visa por um lado a proteção e capacitação dos sujeitos, e por outro, a promoção/desenvolvimento da sociedade.

Posto isto, importa ainda compreender que, se por um lado a população idosa é vasta, por outro lado ela é socialmente heterogênea (Feio, Gonçalves, & Sequeira, 2006, p.6).

Na sua ação, o Serviço Social discrimina positivamente os indivíduos/grupos, dirigindo a sua “atenção” aos diferentes grupos socioeconómicos de forma diferenciada. Afinal, “Social work is a practice-based profession and an academic discipline that promotes social change and development” (Caissie, 2014, pp. 2-3). A definição de Serviço Social remete para a ação de promoção e desenvolvimento social (Caissie, 2014, pp. 2-3). Ora, a população idosa pertence a todos os grupos sociais. Fazendo com que o Serviço Social olhe para as diferentes características da população idosa, pois estas características determinam fortemente a necessidade que estes indivíduos possuem de recorrer a apoios sociais (Bonfim et al., 1996, pp. 29-32).

Nesse sentido, a população idosa que possui carências sócio-económicas, problemas críticos de saúde, problemas relativos à habitação ou problemas de isolamento social constitui o alvo prioritário e preferencial das intervenções diretas (Capucha, n.d., p. 341; Bonfim et al., 1996, pp. 29-32).

### 5.1- Funções do Serviço Social com pessoas idosas:

A relação entre o Serviço Social e o envelhecimento pode ser apreciada mediante a observação da prática do trabalho profissional dos assistentes sociais para com a população idosa. Granja & Pereira (2009), indicam as funções que os assistentes sociais desempenham na área do envelhecimento (pp. 10-13). Dentro dessas funções importa destacar as seguintes:

“-Co-responsabilizar as populações idosas e seus familiares de acordo com as suas capacidades e grau de autonomia, pelas decisões, resolução dos problemas, atitudes e comportamentos; (...)

-Exercer a advocacia social com vulgarização de informação sobre recursos, direitos e deveres e defender as populações idosas como seres humanos na sua totalidade indivisível, que não podem ser espartilhados administrativamente nas suas múltiplas necessidades;”(Granja & Pereira. 2009. pp. 10, 13).

Tais funções são incorporadas o mais possível pelos assistentes sociais que trabalham com pessoas idosas (sobretudo nas respostas sociais) porque esta população é normalmente bastante vulnerável e necessita do apoio do assistente social para fazer valer os seus direitos. Sabemos como por vezes a família sobrepõe as suas decisões sobre as da pessoa idosa, obrigando-a a fazer aquilo que não deseja. De certo que todos nós já tomámos contacto de uma maneira ou de outra, (nem que seja apenas por via dos meios de comunicação social) com casos (mais extremos) onde a pessoa idosa é forçada a abandonar o seu domicílio para ser institucionalizada contra a sua própria vontade.

Para que situações semelhantes deixem de ocorrer, o Serviço Social e os assistentes sociais devem repensar esta temática e as suas práticas. Pois deste modo, aquando ao serviço de qualquer resposta social, (como o serviço de apoio domiciliário), o assistente social não compactua/facilita intervenções que não tomem o sistema cliente como o principal sujeito da intervenção. Quando a pessoa idosa é tida como o principal sujeito no contexto da intervenção a sua participação é tida em conta e a sua vontade é valorizada. Nesse sentido, por vezes poderá ser necessário contrariar a vontade dos familiares mais diretos. “Exercer a advocacia social (...)”, (como indica Granja & Pereira (2009)), bem como, “(...) defender as populações idosas como seres humanos (...)” exige que o assistente social assuma que a pessoa idosa deve participar, escolher e decidir (pp. 10, 13).

Contudo, o problema do presente estudo toma forma sempre que o assistente social não procede desse modo: ocorre por vezes, que durante o processo de intervenção, os assistentes sociais não agem conforme as funções adscritas. Nem sempre os assistentes sociais agem de modo a responsabilizar a pessoa idosa pelas decisões que lhe dizem respeito; nem sempre realizam a necessária advocacia social em função da promoção dos direitos da pessoa idosa. Por vezes, os assistentes sociais acabam por decidir arbitrariamente pela pessoa idosa impondo-lhe a sua vontade. Em casos análogos o assistente social não se preocupa com conhecer as decisões que a pessoa idosa gostaria de tomar, acabando assim o assistente social por optar pela pessoa idosa (sem o seu consentimento ou o seu conhecimento). Nesses casos, o assistente social não coloca a pessoa idosa no centro da intervenção social negligenciando assim os seus direitos. Este é o problema que fundamenta o presente estudo. Ele relaciona-se com os direitos humanos, as liberdades e garantias devidas à pessoa idosa, e com a responsabilidade social dos assistentes sociais. Nesses casos, a autodeterminação das pessoas idosas não se encontra assegurada (Robison & Reeser, 2002, p. 66). É o que vemos demonstrado no caso proposto por Carvalho (2011) onde assistente social negligenciou o desenvolvimento e o empowerment da pessoa idosa (pp. 242-243).

Más práticas como esta constituem por si mesmas um problema deontológico, recorrente e preocupante, o qual merece a nossa melhor análise.

“O exercício profissional com pessoas idosas integra dilemas éticos que urge que o Serviço Social reflita, pois são cada vez em maior número as pessoas que vivem sós, ou com doenças degenerativas e incapacitantes que as impedem de exercer os seus direitos: liberdade, autonomia e participação. Cabe aos profissionais debater e aprofundar os melhores princípios a seguir tendo em vista o bem-estar, sobretudo daqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade ou fragilidade social” (Carvalho, 2011, p. 243).

A ética nestas relações assume uma importância acrescida, sobretudo porque o assistente social intervém junto da população idosa, a qual é composta de indivíduos com diminuta autonomia e saúde mental, dependência económica ou outros constrangimentos que a tornam (normalmente) mais vulneráveis.

Para abordar o papel que a ética assume na relação assistente social-cliente, dedicarei o próximo ponto à participação como direito fundamental.

## **6- Participação como direito fundamental:**

No ponto anterior, vimos como o Serviço Social se relaciona com o envelhecimento. Nessa relação vimos nitidamente como a intervenção em Serviço Social está profundamente comprometida com a promoção de uma verdadeira participação da pessoa idosa.

A este respeito importa abordar três conceitos-chave que nos serão muito úteis para entender o presente problema. São eles o conceito de participação o conceito de vontade e o conceito de autodeterminação.

### **6.1 – Noção de participação:**

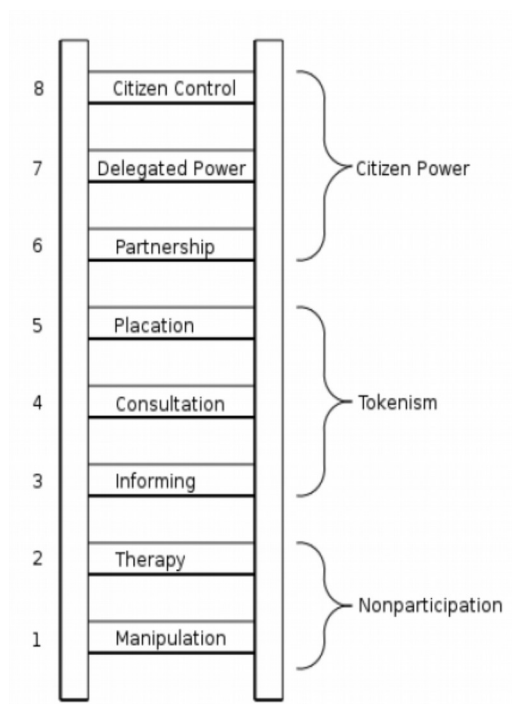
O conceito de participação foi alvo de grande debate na década de 60 devido aos complexos processos de emancipação das minorias e dos pobres nos Estados Unidos da América. Foi neste contexto que Sherry Arnstein publicou a seguinte definição de participação:

“(…) My answer to the critical what question is simply that citizen participation is a categorical term for citizen power. It is the redistribution of power that enables the have-not citizens, presently excluded from the political and economic processes, to be deliberately included in the future. It is the strategy by which the have-nots join in determining how information is shared, goals and policies are set, tax resources are allocated, programs are operated, and benefits like contracts and patronage are parceled out. In short, it is the means by which they can induce significant social reform which enables them to share in the benefits of the affluent society” (Arnstein, 2002, p. 216).

A definição apresentada por Sherry Arnstein demarca-se das restantes por considerar que a verdadeira participação é uma estratégia da sociedade que inclui deliberadamente os cidadãos, social, económica e politicamente excluídos na partilha (real/concreta) do acesso ao poder social, económico e político (Arnstein, 2002, p. 216).

Desse modo, para Arnstein (2002) era importante distinguir diferentes tipos de participação. Ela fê-lo de modo original construindo uma escada com oito degraus (Arnstein, 2002, p. 216):

Figura nº 1: Oito degraus da escada da participação cidadã



Fonte: (Arnstein, 2002, p. 217).

Esta tipologia, chamada de escada da participação cidadã, é composta por diferentes tipos de participação. Quanto mais “subimos” na escada, mais poder é concedido ao cidadão. Quanto mais “descemos”, mais poder é subtraído (Arnstein, 2002, p. 216).

Por seu turno, a Organização Mundial de Saúde considerou a participação como um dos três pilares fundamentais do envelhecimento ativo (OMS, 2012, p.12).

Sob outra perspetiva, para a Rede Europeia Anti-Pobreza (EAPN Portugal (2016)), participar supõe, por um lado, a intervenção ativa das pessoas na construção da sua própria realidade e, por outro, uma dinâmica de intercâmbio que gera uma mútua transformação entre as pessoas e o “objeto” no qual participam. Isto implica ser “parte” de algo e assumir um papel nos vários domínios de participação (social, cultural, política, económica, entre outras). Assim sendo, participar não é só estar informado e dar a sua opinião sobre algo, mas implica também transformar uma realidade e sobretudo transformar-se como indivíduo (EAPN Portugal, 2016).

Ser cidadão ativo depende não só de vontade ou predisposição para a participação mas também de todo um conjunto de circunstâncias sociais, culturais, económicas e políticas que condicionam as atitudes. Fazer da participação um veículo que conduza os cidadãos para os processos de inclusão social implica, desde logo, que em todas as dimensões existam condições favoráveis para que a atitude de valorização de uma cidadania ativa nasça, se desenvolva e se traduza em práticas participativas e integradoras. Importa assim criar oportunidades e condições para que essas pessoas se façam ouvir e colaborem mais ativamente nos seus próprios processos de inclusão e na sociedade da qual fazem parte (EAPN Portugal, 2016).

Para Bukov, Lampert, & Maas (2002), a participação tem que ver com as seguintes três áreas (pp. 510-511):

- Participação social coletiva: designa atos de participação em grupo, onde o objetivo se encontra dentro do próprio grupo e onde o bem de troca principal entre os seus membros é o seu próprio tempo. Este tipo de participação envolve, por exemplo, grupos de convívio, recreação e tempos livres (Bukov, Lampert, & Maas, 2002, pp. 510-511).

- Participação social produtiva: compreende a partilha de bens, benefícios ou habilidades pessoais, em prol de outros. Este tipo de participação envolve, por exemplo, o trabalho voluntário, o trabalho pago e a prestação de cuidados (Bukov, Lampert, & Maas, 2002, p. 511).

- Participação social política: compreende atos relativos à tomada de decisão perante grupos sociais e à decisão acerca da gestão de recursos. Este tipo de participação envolve, por exemplo, o trabalho autárquico e dos partidos políticos (Bukov, Lampert, & Maas, 2002, p. 511).

No presente trabalho, faz-se uso do conceito de participação remetendo-o ao contexto das matérias mais elementares da vida e do quotidiano das pessoas idosas. Nesse contexto, trata-se aqui de poder participar, de poder fazer valer a vontade (no campo da tomada de decisão) e autodeterminar-se no âmbito do quotidiano e da prestação dos serviços mais desejados do ponto de vista da pessoa idosa. É disto que trata Durandal (2010), aquando da apresentação realizada no III Congresso Internacional: Pessoas Idosas, Cidadania e Empoderamento, em Santiago do Chile. Nesse congresso, Durandal (2010) relacionava esta matéria com o “status” da pessoa idosa, pois para o autor esta matéria tem essencialmente que ver com (p. 57):

- 1- Direitos individuais das pessoas: uma vez que se trata de atos que contrariam o disposto na lei (Assembleia da República, 2005, p. 25), no contexto das interações no quotidiano da pessoa idosa (Durandal, 2010, p. 57). Neste âmbito a pessoa idosa vê negligenciado o seu direito à autodeterminação. A este respeito, Durandal (2010) mostra preocupação com a necessidade que a



sociedade tem de passar do campo do “direito formal” para a aplicação efetiva destas normas (p. 57). A isto chama o autor de passagem do “direito formal” para o “direito real” (Durandal, 2010, p. 57).

2- Liberdade dos indivíduos: uma vez que estas práticas envolvem um “corte” na possibilidade de ação das pessoas idosas. Tais práticas envolvem um dolo muito considerável para a vida das pessoas idosas. É por isso que se trata de matéria de direito constitucional (Assembleia da República, 2005, p. 25) e de matéria de direito internacional – consagrada nos artigos 1.º e 3.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem:

“Artigo 1.º- Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.

(...)

Artigo 3.º- Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” (ONU, 2001, pp. 26-27).

O legislador pretende que a pessoa idosa não fique “socialmente excluída”, sem possibilidade de participar: participar da decisão nas matérias que a ela lhe dizem respeito, participar dos serviços que lhe serão prestados, participar dos rumos da intervenção social e até mesmo, participar da escolha da tipologia de cuidados e/ou da resposta social em que será integrada (Carvalho, 2011, p. 242). O conceito de participação surge então em oposição ao conceito de exclusão social.

3- Exercício de cidadania: porque, conforme Durandal (2010), a aquisição plena de direitos, liberdades e garantias, e o cumprimento real da lei a favor da pessoa idosa pode tratar-se de um exercício de cidadania. Isto porque se a pessoa idosa consegue fazer valer os seus direitos e se se consegue “libertar”, conseguindo assumir o seu papel como principal decisor nos aspetos do quotidiano que lhe dizem respeito, então está a conquistar o seu pleno lugar como cidadão dotado de vontade (p.57). Mais que isso, nesse caso, a pessoa idosa atinge a possibilidade de exercer o mais plenamente possível o papel que é dado a cada cidadão (sem exceção), na sociedade.

4- Ética na relação social: uma vez que a consideração pela vontade do outro e pela sua autodeterminação, passa pela relação. Relação esta que está contida num quadro ético que respeita os direitos da pessoa (Durandal, 2010, p. 57). Esta dimensão ética está presente não só na relação

entre a família e a pessoa idosa, mas também ao nível da relação de intervenção social, ou seja, entre assistente social e cliente (Carvalho, 2011, p.239-245).

## **6.2 – Estudos sobre a participação:**

Quanto à revisão da literatura sobre a participação e a pessoa idosa, realizo os seguintes destaques: Émile Durkheim (1977), no seu estudo «o Suicídio» demonstrou que o fenómeno do suicídio possui relação com a segregação dos indivíduos (pp. 224-225). Nesse sentido ele acaba por constatar que a família e as suas relações constituem uma forte barreira preventiva contra o suicídio (Durkheim, 1977, p, 225). O que nos leva a concluir que o relacionamento entre os indivíduos é fundamental para o seu bem-estar.

O Conceito moderno de participação surge com Sherry Arnstein no seu artigo «A Ladder of Citizen Participation» (1969). Para além do conceito, Arnstein (1969) avança ainda com um modelo de compreensão dos vários tipos de participação. A este modelo, Arnstein dá o nome de escada da participação cidadã. (Arnstein, 1969, pp. 216-224).

Mais tarde, Rowe & Kahn (1998), com o seu estudo «Successful aging» foram os primeiros a enfatizar que a participação é fundamental para um envelhecimento bem-sucedido (p. 39 ).

A questão da participação da pessoa idosa foi incluída na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em Madrid no ano de 2002. Dessa assembleia resultou o relatório «Active Aging: A Policy Framework», onde a participação aparece associada ao conceito de envelhecimento ativo (OMS, 2002, p. 45-46). A participação é “enaltecida”, sendo considerada como um dos três pilares do envelhecimento ativo (OMS, 2002, pp. 45-46 ).

Fontaine (2000) em, «Psicologia do Envelhecimento» vem dissecar o conceito de participação em duas grandes áreas: a área das relações sociais e a área das atividades produtivas (p. 154).

Já Bukov, Lampert, & Maas (2002), no seu artigo «Social Participation in Very Old Age» (pp. 510-511), falam-nos do conceito de participação social. Estes autores vêm propor uma compreensão sobre a participação social tripartindo o conceito em três áreas distintas: participação social coletiva, participação social produtiva e participação social política (Bukov, Lampert, & Maas, 2002, pp. 510-511).

Por seu lado, Guedes (2008), no seu artigo «Desafios identitários associados ao internamento em lar», refere a importância das atividades lúdicas e socioculturais para o bem-

estar da pessoa idosa. Refere ainda que é importante para as pessoas idosas que se encontram institucionalizadas, que estas sejam incorporadas no planeamento das atividades no âmbito das intervenções sociais em que participam (p. 6. 13).

Quando procuramos por investigações que nos falem da participação das pessoas idosas no âmbito de respostas sociais encontramos sobretudo estudos realizados no estrangeiro. É o caso dos seguintes estudos:

-O livro «Inadequate Care of the Elderly», dos investigadores Fulmer e O'Malley (1987).

Este livro reporta ao contexto dos EUA. O livro dá a conhecer os resultados de uma investigação que se relaciona com o problema da participação, apesar do tema abordado ser os abusos e negligências causados a pessoas idosas (Fulmer & O'Malley, 1987, p. 67).

Sumariamente, afirmam no seu estudo que a pessoa idosa não deixa de ter capacidade de decisão e de reflexão acerca dos seus problemas pessoais. Acrescentam ainda que sucede com frequência que os profissionais (não só no campo do Serviço Social) convencem a pessoa de que ela está ou vai ficar incapaz, coartando os seus direitos individuais, isto é, a sua autonomia (Fulmer & O'Malley, 1987, p. 67). Nesse sentido, o estudo remete para a ideia de uma “perda de direitos”, de liberdade de escolha e de participação.

-O artigo «Participation in Older Home Care Recipients: A Value-Based Process», dos investigadores Vik, Witsø & Ytterhus (2012). O estudo teve como principal objetivo o aumento da compreensão acerca da participação no contexto do envelhecimento (Vik, Witsø & Ytterhus, 2012, pp. 297-316). Neste estudo concebido por via de entrevistas realizadas a noruegueses clientes de serviços de apoio domiciliário, os investigadores tentaram captar a maneira como os clientes compreendiam a participação. Os clientes referiram que a participação tinha a ver com a capacidade de mudança, com a capacidade de aceitação e com a capacidade do indivíduo conseguir ser um agente (e não apenas objeto) no contexto da intervenção (Vik, Witsø & Ytterhus, 2012, pp. 297-316).

- O estudo «Participation in older adults – in the context of receiving home-based services» de Aud Witsø (2013). O objetivo deste estudo consistia em explorar o conceito de participação aplicado ao contexto das pessoas idosas que recebem apoio no seu domicílio (Witsø, 2013, p. 5). O estudo foi realizado quer na perspetiva das pessoas idosas como na perspetiva dos fornecedores de serviços (os cuidadores) (Witsø, 2013, p. 5). O estudo enfatiza as diferenças entre estas perspetivas:

-Os prestadores veem as pessoas idosas como um agente passivo, essencialmente recetor dos serviços. Por seu lado, as pessoas idosas olham para si mesmas como agentes ativos do processo.

-Para os prestadores, a participação é vista como uma tarefa que é preciso executar (Witsø, 2013, p. 65). Já para as pessoas idosas a participação é vista como um valor (Witsø, 2013, p. 67).

Segundo a autora, as pessoas idosas veem a sua participação como um ponto de equilíbrio entre as suas expectativas face à prestação dos serviços e a real prestação desses mesmos serviços (Witsø, 2013, p. 68). As pessoas idosas relacionam bastante a sua participação à qualidade dos serviços prestados. Veem os atrasos e a falta de habilidade dos prestadores como uma barreira à participação (Witsø, 2013, p. 68).

Em Portugal existe pouca literatura que incida diretamente sobre a participação das pessoas idosas no contexto das respostas sociais. Existe ainda menos relativamente ao serviço de apoio domiciliário. Contudo, destaco o artigo «Ética, Serviço Social e “responsabilidade social”: o caso das pessoas idosas». Neste artigo, Carvalho (2011) reflete acerca dos problemas éticos inerentes a este tema (pp. 239-245). Alerta para o perigo da intervenção paternalista na qual o assistente social ou a família tomam as decisões, sobrepondo-se à pessoa idosa (Carvalho, 2011, pp. 239-245). O paternalismo faz com que o assistente social ou os elementos do grupo familiar decidam sempre pela pessoa idosa, impondo o que é “alegradamente” melhor para ela e eliminando os seus direitos individuais (Carvalho, 2011, pp. 239-245).

Ao longo de todo o artigo a autora propõe a ideia de que o assistente social possui responsabilidade social inerente ao impacto que o desempenho da sua profissão acarreta para a vida das pessoas idosas (Carvalho, 2011, pp. 239-245).

### **6.3- Limites da participação das pessoas idosas na intervenção social:**

Quando a intervenção se opõe à vontade da pessoa idosa, não quer dizer que estejamos perante uma intervenção desadequada ou incorreta. É preciso explicar que, de fato, existem situações em que o sistema-interventor não deve orientar a intervenção segundo os desejos, expectativas e aspirações do sistema cliente. Tais situações sucedem quando o perfil do sistema cliente possui determinadas anomalias que se tornam obstáculo ao bom uso da vontade e da razão. Estamos, portanto diante de limites da participação das pessoas idosas na intervenção social. Estes limites podem decorrer de motivos patológicos (psicológicos ou psiquiátricos), morais ou idiossincráticos, ou ainda decorrentes do desenvolvimento dos indivíduos/grupos/comunidades que compõem o sistema cliente (Schlindwein-Zanini, 2010, p. 222).

No caso das pessoas que sofrem de patologias relacionadas com demência, ou outras, (as quais, em maior ou menor grau, fazem com que as pessoas não consigam dominar as faculdades da sua razão), é natural que estejamos diante de casos onde o assistente social não deve dirigir a intervenção segundo os critérios apontados pelo sistema cliente. Nestes casos a participação destas pessoas encontrasse total ou parcialmente posta em causa, tanto quanto mais diminuta estiver a sua capacidade de decisão (Schlindwein-Zanini, 2010, p. 222). Nesse contexto, o assistente social deve realizar o processo de intervenção de acordo com os desejos, expectativas e aspirações do tutor ou família (quando estes existam e se encontrem disponíveis para participar no processo de intervenção). Na inexistência de tutor ou família, o assistente social deve procurar dirigir a intervenção segundo os critérios que julgar mais adequados. É natural que no contexto deste tipo de intervenções surjam dilemas éticos (Carvalho, 2011, pp. 244-245). Para superar tais dilemas o assistente social deverá recorrer ao apoio e à consulta da equipa multidisciplinar. Deverá consultar os manuais de boas práticas e a opinião de outros profissionais tais como: psicólogos, psiquiatras, médicos, gerontólogos, educadores sociais, outros assistentes sociais e até outros profissionais de acordo com os dilemas que se procuram resolver.

Nos casos em que o perfil do sistema cliente incorpora anomalias relativas ao desenvolvimento, podemos estar perante situações onde o sistema cliente possui dificuldades na tomada de consciência face aos problemas e necessidades sociais que possui. É o que sucede quando a pessoa idosa não reconhece a imensa necessidade que possui de internamento hospitalar aquando da ocorrência de um problema agudo de saúde (Schlindwein-Zanini, 2010, p. 222; Bonfim et al., 1996, p. 8). Tais anomalias podem decorrer, por exemplo da iliteracia ou da cultura de origem do sistema cliente. Estudos recentes, como o de Moura (2015) comprovam que baixos níveis de literacia encontram-se entre os fatores que influenciam negativamente a adesão à terapêutica prescrita (pp. 49. 66). Nessas situações o assistente social deve tentar consciencializar o sistema cliente das necessidades que possui, e providenciar sempre que o sistema cliente não seja capaz de o fazer.

Os limites da participação das pessoas idosas na intervenção social podem também resultar da falta de recursos existentes. É o caso da falta de oferta de medicamentos no mercado, como reporta o Relatório de Primavera 2015 (OPSS, 2015, pp. 75-78). Outros exemplos paradigmáticos são, por um lado, a falta de recursos económicos: a escassez de apoios estatais pode levar a que não seja atribuída a renda necessária para que uma pessoa idosa viva condignamente; por outro lado, a falta de respostas sociais, equipamentos, ou de vagas para a sua integração. Estes fatores poderão

forçar o assistente social a converter a intervenção, conduzindo-a para cenários que não satisfaçam o cliente.

Por último, gostaria de salientar que os desejos e aspirações dos clientes podem não ser conciliáveis com a deontologia da profissão e com um agir ético do assistente social. Desse modo, a ética e o código deontológico também podem constituir limites à participação dos clientes na intervenção social.

Em suma: o problema em estudo carece que tenhamos em conta que nem toda a intervenção que vai contra a vontade do cliente se encontra desadequada. A realização desta ressalva é importante para compreendermos melhor o papel do assistente social no contexto das intervenções que são tão heterogêneas quanto o é a população idosa.

## **7- Vontade como autodeterminação:**

O conceito de vontade pode ser definido como “a faculdade humana de se determinar a certos atos” (Lello & Lello, 1964, p. 1307). Ela também pode ser definida como o desejo, o propósito ou a disposição (Lello & Lello, 1964, p. 1307). O conceito de vontade incorpora ainda os interesses, os gostos e as aspirações da pessoa humana.

Os desejos, gostos e aspirações são importantes na medida que é destes que resulta a motivação para a participação (OMS, 2012, p. 46. 51). Para a Organização Mundial de Saúde, o envelhecimento ativo relaciona-se com a questão da vontade, uma vez que é segundo os desejos de cada pessoa idosa que esta participa ativamente na sociedade, tomando assim parte num dos pilares do envelhecimento ativo: a participação (OMS, 2012, p. 45).

Quando falamos da vontade como um direito, estamos no campo do direito à autodeterminação do indivíduo. Para Wehmeyer (1992), a autodeterminação é um conjunto de comportamentos e habilidades que dotam a pessoa da capacidade de ser o agente causal em relação ao seu futuro, ou seja, de ter comportamentos intencionais (pp. 302-303). A autodeterminação do indivíduo é um conceito importante porque se trata precisamente do direito que a pessoa idosa vê coartado quando o assistente social e/ou família não respeitam a sua vontade.

No campo de Serviço Social, o respeito pela vontade do idoso encontra-se regulado por códigos de ética (AIESS & FIAS, 2014, p. 2). Estes estipulam que o sistema-interventor garante/desenvolve o máximo possível os direitos relativos ao respeito pelo indivíduo, à sua

autodeterminação e até ao desenvolvimento de um verdadeiro empowerment, respeitando assim a vontade dos sujeitos da intervenção (AIESS & FIAS, 2014, p. 2).

No contexto do trabalho realizado por assistentes sociais nas respostas sociais ligadas à pessoa idosa (como é o caso do serviço de apoio domiciliário), respeitar a vontade do cliente é respeitar o seu direito a uma cidadania plena e integrada. É portanto uma questão de direitos do Homem. Nesse sentido, o instituto da Segurança Social exige que os assistentes sociais cumpram determinadas medidas onde se prevê o respeito pela vontade do cliente. É o caso da obrigatoriedade de existência de um plano de desenvolvimento individual, segundo o qual o cliente participa obrigatoriamente do planeamento da intervenção (Instituto da Segurança Social, n.d., pp. 9. 14). Esse plano discrimina os serviços a prestar, as atividades a desenvolver segundo as necessidades, expectativas e interesses do cliente (Instituto da Segurança Social, n.d., pp. 9. 14).

Realizemos uma breve síntese do presente capítulo: começámos por abordar o fenómeno do envelhecimento. Revimos o conceito enaltecendo o envelhecimento como uma importante conquista da humanidade, mas também abordámos os problemas que dele advêm, quer para os indivíduos como para as sociedades. De seguida analisámos o conceito de envelhecimento ativo explorando os seus três pilares: saúde, segurança e participação. Já no quinto ponto, verificámos a ligação que existe entre o envelhecimento e o Serviço Social, e analisámos as funções do Serviço Social com pessoas idosas. Posteriormente abordámos os conceitos de participação, vontade e autodeterminação tendo em vista o problema em estudo. Desse modo foi possível fazer uma reflexão sobre os limites da participação das pessoas idosas na intervenção social, e ainda fazer uma revisão da literatura sobre a participação e a pessoa idosa.



## **Capítulo 2 – O serviço de apoio domiciliário:**

### **1- As políticas sociais para as pessoas idosas em Portugal:**

Em Portugal, as políticas sociais para as pessoas idosas possuem três níveis distintos: “Prestações de Segurança Social, Respostas Sociais e Programas de Apoio às Pessoas Idosas” (Direção-Geral da Segurança Social, 2015, p. 5). Falaremos destes três níveis de seguida, contudo, primeiramente importa referir que tais políticas não foram criadas sem que antes houvesse um contexto sociopolítico que o permitisse. Tais políticas são fruto de um contexto civilizacional e social específico: o Estado-providência (Carvalho, 2012, pp. 64-68).

O estado-providência tomou suas raízes no relatório «Social Insurance and Allied Services» de Lord William Beveridge (Núncio, 2010, pp. 70-71). Este relatório marcou definitivamente a afirmação do papel do estado como detentor de responsabilidade social. O relatório Beveridge afirma que para alcançar os seus fins últimos, o estado assume a responsabilidade de manutenção e criação de sistemas como a Segurança Social, saúde, educação, assistência social, etc. (Núncio, 2010, p. 71) (Carvalho, 2012, pp. 68-70). Núncio (2010) afirma ainda que o estado-providência é compreendido como uma evolução resultante das primeiras políticas sociais de fundo (como as Poor Law inglesas e como os seguros sociais obrigatórios da Alemanha de Bismarck) (p. 70). Desse modo, as atuais políticas de proteção à pessoa idosa são fruto de um processo de evolução ideológica que remonta ao período do pós II guerra mundial. A política de velhice é para Guillemard (1986) como “um conjunto de intervenções públicas que estruturam de forma explícita e implícita as relações entre a velhice e a sociedade” (p. 22). Por seu turno, Carvalho (2012) sugere o seguinte (p. 83):

“A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade” (Assembleia da República, 2005, artº 72, nº 2 ).

Segundo Carvalho (2012) a realidade portuguesa das políticas de cuidados regista um certo atraso quando comparada com as realidades dos outros países da Europa à exceção dos países do leste (pp. 92-94). O estado apoia-se fortemente no setor privado, financiando tais entidades afim



de que sejam elas a prestar os serviços. Constatase ainda que, em Portugal a assistência à pessoa idosa encontra-se demasiado apoiada sobre a família (Carvalho, 2012, p. 92). O estado intervém essencialmente quando a pessoa já possui algum problema que reduza a sua dependência (Carvalho, 2012, p. 92). O desenvolvimento da oferta dos apoios e dos serviços é realizado fundamentalmente numa visão restritiva/seletiva, onde se apoiam as pessoas dependentes (numa lógica de discriminação positiva) (Walker, 2001). Contudo continua a não existir uma articulação suficientemente dinâmica entre a área social e a área da saúde.

Quanto ao nível das prestações de Segurança Social, (isto é: política de pensões e outros subsídios para a pessoa idosa) o estado desenvolve atualmente as seguintes medidas:

- Prestações Sociais:

“Prestações de segurança social

Estas prestações e complementos, de natureza pecuniária, visam compensar a perda de remuneração de trabalho ou assegurar valores mínimos de subsistência ou de combate à pobreza ao cidadão com 65 ou mais anos de idade.

É um valor pago mensalmente aos beneficiários que atinjam a idade para ter acesso à pensão e que reúnam as condições exigidas” (Direção-Geral da Segurança Social, 2015, p. 6).

É o caso da pensão de velhice, a qual pode ser majorada mediante uma lógica casuística de discriminação positiva das pessoas idosas com menores rendimentos. Nesses casos, é atribuída a pensão social de velhice (Direção-Geral da Segurança Social, 2015, pp. 6-7).

É ainda o caso das seguintes medidas:

-Complemento por cônjuge a cargo: onde o estado concede a pessoas idosas uma prestação mensal em virtude de possuírem encargos com o cônjuge dependente (Direção-Geral da Segurança Social, 2015, p. 11)

-Complemento por dependência: trata-se de uma prestação mensal destinada a pessoas dependentes que necessitem do apoio de terceiros para realizarem as suas atividades de vida diárias (Direção-Geral da Segurança Social, 2015, p. 10).

-Complemento solidário (ou social) para idosos: compreende uma prestação mensal que visa apoiar pessoas idosas que possuem grande escassez económica (Direção-Geral da Segurança Social, 2015, p. 12)

O estado proporciona ainda um apoio de natureza diferente ao qual dá o nome de benefícios adicionais de saúde. Estes benefícios traduzem-se numa redução de despesas da pessoa idosa em âmbitos bem específicos da área da saúde, tais como a saúde oral, as próteses e a compra de óculos e lentes (Direção-Geral da Segurança Social, 2015, p. 11).

Quanto às respostas sociais (isto é: política de ação social), o estado português faz assentar a sua ação sobre um sistema de cooperação entre o Ministério do Trabalho, Solidariedade e da Segurança Social, as IPSS, as Misericórdias e as Mutualidades (Ministro da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, 2014, pp. 1-3). Estas entidades são financiadas pelo estado (sobretudo por via de acordos de cooperação) para criar/desenvolver respostas sociais. Tais respostas são designadamente as seguintes:

- Centro de dia: conjunto de serviços desenvolvidos em equipamento, os quais contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio social e familiar. Estes centros, prestam serviços que visam desenvolver a interação social bem como evitar o isolamento (Direção-Geral da Segurança Social, 2015, p. 15)

- Centro de noite:

“Resposta social que funciona em equipamento de acolhimento noturno, dirigido a pessoas idosas com autonomia que, durante o dia permaneçam no seu domicílio e que por vivenciarem situações de solidão, isolamento e insegurança, necessitam de acompanhamento durante a noite” (Direção-Geral da Segurança Social, 2015, p. 15).

Trata-se sem dúvida de uma resposta alternativa à institucionalização (Conceição, 2004, pp. 16-17).

- Centro de convívio: Resposta social que consiste no apoio a atividades sociais, recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade (Direção-Geral da Segurança Social, 2015, p. 14).

- Serviço de apoio domiciliário: “(...) resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito” (Portaria nº 38, de 30 de janeiro de 2013, artº 2). Esta

resposta social possui uma variante: o apoio domiciliário integrado – a qual se caracteriza do seguinte modo:

“(,,,) conjunto de acções e cuidados pluridisciplinares, flexíveis, abrangentes, acessíveis e articulados, de apoio social e de saúde, a prestar no domicílio. Assegura, sobretudo, a prestação de cuidados (de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa e outros) e a prestação de apoio social indispensável à satisfação das necessidades básicas humanas” (Despacho conjunto nº 407, de 18 de junho de 1998, p. 8330).

- Estrutura residencial: “É uma resposta social que consiste em alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos” (Direção-Geral da Segurança Social, 2015, p. 16); Despacho Normativo nº12, de 25 de fevereiro de 1998).

- Acolhimento familiar: Em Portugal existe ainda a possibilidade da pessoa idosa poder ser acolhida por famílias, as quais recebem apoio do estado para assegurar um acolhimento de qualidade. O acolhimento poderá ser permanente ou temporário (Direção-Geral da Segurança Social, 2015, p. 14).

De acordo com a Carta Social (n.d. a) tem ocorrido um “crescimento significativo” na quantidade de respostas sociais para as pessoas idosas (p. 35). A rede tem vindo a desenvolver-se de tal modo, que o número de respostas sociais para a população idosa registou no período entre o ano de 2000 a 2014 um aumento de 49% (Carta Social, n.d. a, p. 35). Contudo ainda se regista um atraso considerável quando comparamos a rede nacional com a de outros países, (sobretudo os do norte da Europa) (Carvalho, 2012, p. 92).

Por fim, quanto aos programas de apoio às pessoas idosas, Portugal procura desenvolver programas específicos para apoiar a população idosa. Neste campo destacam-se os seguintes programas:

- Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII): trata-se de um conjunto de medidas que visam melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, por via de atuação a nível local. Compreende apostas na rede de serviços de apoio domiciliário, centros de apoio a dependentes, formação de cuidadores, serviços de tele-assistência, saúde e termalismo e ainda passes para transportes públicos mais acessíveis para as pessoas idosas (Despacho Conjunto nº166, de 20 de julho de 1998; Despacho Conjunto nº204, de 3 de setembro de 1996).

- Programa de Idosos em lar (PILAR): trata-se de um conjunto de medidas para desenvolver a rede de estruturas residenciais. O programa visa um aumento das vagas (sobretudo nas zonas do país onde a rede é demasiado deficitária) e a requalificação de equipamentos destinados à receção de idosos oriundos de respostas consideradas inadequadas para as pessoas idosas (Despacho nº 43, de 20 de fevereiro de 1997).

- Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (PCHI): com o objetivo de prevenir a dependência e institucionalização das pessoas idosas, este programa estabelece medidas de intervenção na qualificação das habitações das pessoas idosas que são clientes de serviço de apoio domiciliário ou centro de dia. Estas medidas compreendem melhorias nos edifícios e/ou melhorias ao nível do equipamento (mobiliário e eletrodomésticos) (Despacho nº 6716-A, de 5 de abril de 2007).

- Isenção de taxa moderadora: o ministério da saúde prevê uma série de isenções ao pagamento da taxa moderadora associada aos encargos com as prestações dos serviços de saúde. Dentre os grupos que esta medida isenta de pagamento encontram-se os utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60% (Decreto-Lei nº 113, de 29 de novembro de 2011, artº 4, 1, c)). Esta medida acaba por beneficiar em muito a população idosa, uma vez que um número considerável de pessoas idosas possui elevado grau de incapacidade (Carta Social, n.d. a, pp. 16-17).

- Cartão do idoso: esta medida conjunta entre o estado e o setor privado permite o acesso a bens e serviços em condições mais favoráveis para as pessoas idosas (Decreto-Lei nº 102 Série I-A, de 28 de abril de 1997).

Por fim, resta ainda afirmar que a política de velhice em Portugal procura agora atingir os seguintes objetivos:

-Melhorar os níveis de participação das pessoas idosas (assegurando maior possibilidade de escolha entre os vários tipos de serviços) (Carvalho, 2012, p. 92);

-Desenvolver medidas preventivas nas áreas da reabilitação, do tratamento e da manutenção das pessoas idosas (Carvalho, 2012, p. 92).

## **2- O serviço de apoio domiciliário: Análise da resposta:**

Como referi no ponto anterior e de acordo com o Despacho Normativo nº 62/99, de 12/11/1999, o serviço de apoio domiciliário é uma

“Resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou as actividades da vida diária” (Despacho Normativo nº 62, de 12 de novembro de 1999).

Assim, esta resposta social assume um carácter de apoio destinado sobretudo à pessoa idosa dependente. O recurso a um serviço de apoio domiciliário encontra-se assim normalmente relacionado com casos onde não existe família/cuidadores particulares ou quando estes não podem assegurar os cuidados necessários à pessoa idosa.

Todavia, o serviço de apoio domiciliário é mais que uma mera prestação de cuidados/serviços no domicílio. Ele também é um serviço de proximidade, uma vez que corresponde a uma:

“(…)resposta social organizada a que as pessoas em situação de dependência podem ter acesso para satisfação de necessidades básicas e específicas [de cada pessoa], tendo apoio nas actividades instrumentais da vida quotidiana e actividades sócio-recreativas” (AAVV, 2005, p. 1)

Esse carácter de proximidade pressupõe uma articulação constante inter-serviços, por exemplo com os hospitais, com os centros de saúde (Bonfim et al., 1996, p. 7).

Segundo o terceiro artigo da portaria nº 38/2013 de 30 de janeiro, o serviço de apoio domiciliário possui os seguintes objetivos:

- a) Concorrer para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias;
- b) Contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar;

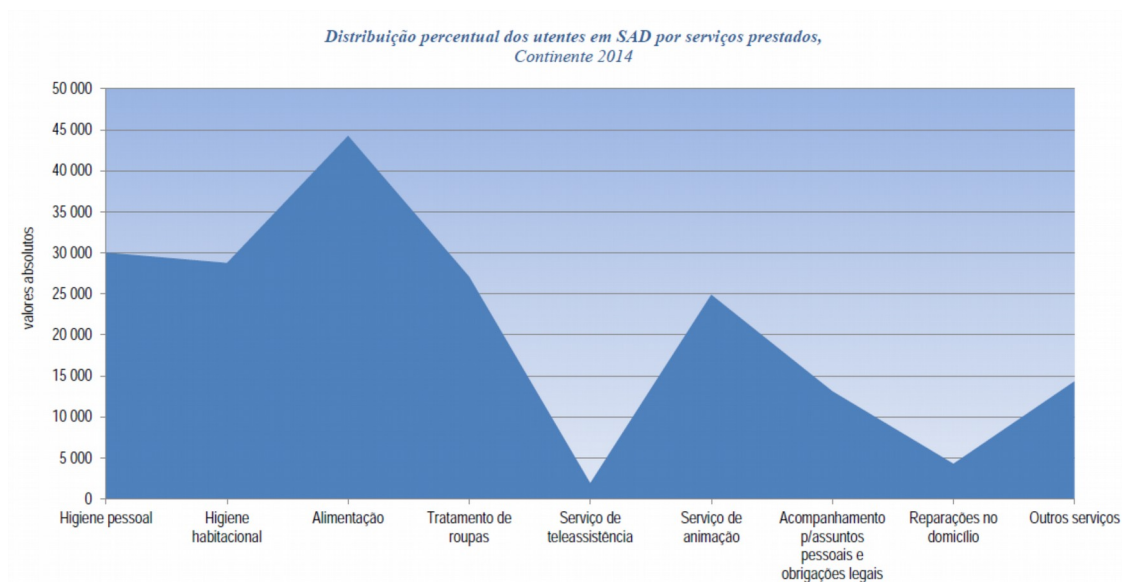
- c) Contribuir para a permanência dos utentes no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais;
- d) Promover estratégias de desenvolvimento da autonomia;
- e) Prestar os cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes, sendo estes objeto de contratualização;
- f) Facilitar o acesso a serviços da comunidade;
- g) Reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores (Portaria nº 38, de 30 de janeiro de 2013, artº 3; Engenheiro, 2008, p. 47).

Para a prossecução destes objetivos, o serviço de apoio domiciliário presta os seguintes serviços:

- “a) Cuidados de higiene e conforto pessoal;
  - b) Higiene habitacional, estritamente necessária à natureza dos cuidados prestados;
  - c) Fornecimento e apoio nas refeições, respeitando as dietas com prescrição médica;
  - d) Tratamento da roupa do uso pessoal do utente;
  - e) Atividades de animação e socialização, designadamente, animação, lazer, cultura, aquisição de bens e géneros alimentícios, pagamento de serviços, deslocação a entidades da comunidade;
  - f) Serviço de teleassistência”.
- (...) “a) Formação e sensibilização dos familiares e cuidadores informais para a prestação de cuidados aos utentes;
- b) Apoio psicossocial;
  - c) Confeção de alimentos no domicílio;
  - d) Transporte;
  - e) Cuidados de imagem;
  - f) Realização de pequenas modificações ou reparações no domicílio;
  - g) Realização de atividades ocupacionais” (Portaria nº 38, de 30 de janeiro de 2013, artº 4).

Idealmente os serviços prestam-se em horário “alargado”, todos os dias da semana, cobrindo mesmo os fins-de-semana e os feriados, de modo a dar resposta às situações de dependência/isolamento mais drásticas (Portaria nº 38, de 30 de janeiro de 2013, artº 4).

Gráfico nº 3: Distribuição dos clientes em SAD por serviços prestados em 2014.



Fonte: (Carta Social, n.d. a, p. 45)

Segundo os dados mais atuais disponibilizados pela Carta Social os serviços mais utilizados pelos clientes do serviço de apoio domiciliário são, em primeiro lugar o serviço de alimentação, depois o serviço de higiene pessoal, seguido do serviço de higiene habitacional. O serviço de animação também registou em 2014 um número notável de usuários - perto de 25.000 (Carta Social, n.d. a, p. 41). em 2014, 55% dos serviços de apoio domiciliário existentes em Portugal continental estavam em funcionamento 7 dias por semana (Carta Social, n.d. a, p. 41).

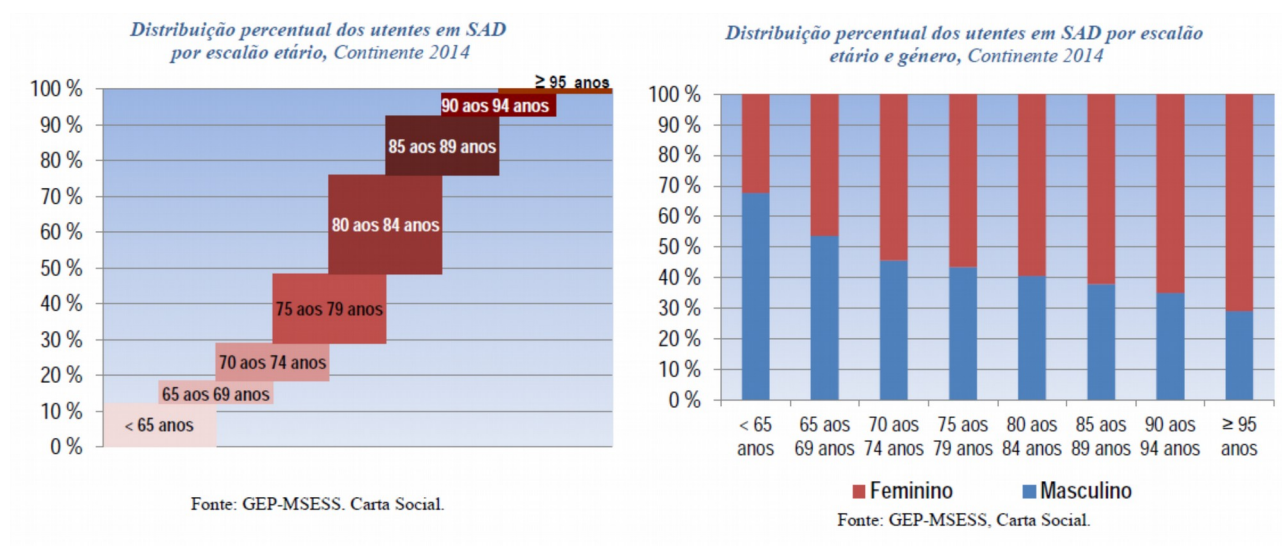
A resposta social visa apoiar pessoas com 65 ou mais anos de idade ou pessoas que se encontrem dependentes não podendo assim realizar as suas atividades de vida diárias sem recurso a terceiros. Apesar do financiamento estatal, a permanência na resposta social pressupõem o pagamento mensal de uma comparticipação cuja regulação se encontra em anexo (Anexos, pp. 64-63) (Direção-Geral da Segurança Social, 2014).

Quanto à população apoiada, esta pode caracterizar-se pela predominância de pessoas de sexo feminino, de idade avançada, possuindo um grau de dependência acentuado e escassez de recursos económicos. Em 2014 (...) “ no que diz respeito à distribuição por género, à exceção dos



escalões <65 anos e 65-69 anos em que os homens estão em maioria, verifica-se um aumento progressivo do peso do género feminino com o aumento da idade” (Carta Social, n.d. a, p. 42).

Gráfico nº 4: Distribuição dos clientes SAD por escalão etário e sexo em 2014.



Quanto à idade, é possível afirmar que mais de dois terços dos clientes de serviços de apoio domiciliário possuíam idade superior a 75 anos de idade. Mais de 60 % possuíam idades compreendidas entre os 75 e os 89 anos de idade (Carta Social, n.d. a, p. 42). Quanto ao grau de dependência a maioria dos utentes de SAD (em 2014) não eram totalmente autónomos. Apenas 39 % eram totalmente autónomos (Carta Social, n.d. a, p. 42).

Por fim, quanto aos recursos económicos, a Carta Social não nos apresenta dados, mas podemos afirmar através dos dados do PORDATA que em 2014 os cidadãos que receberam pensão de velhice auferiram em média apenas 427,35 € por mês, (5128,2 € anuais) (PORDATA, n.d. a).

## 2.1- O serviço de apoio domiciliário: Evolução da resposta:

Em 1976 foram criados os primeiros centros de dia, posteriormente os centros de convívio, e os serviços de apoio domiciliário (Engenheiro, 2008, p. 24).

As respostas de proteção social e de saúde para as pessoas idosas evoluíram substancialmente nestes últimos 50 anos (Pereira, 2011, p. 23). As sucessivas reformas das leis que



ocorreram desde 1976 (ano da promulgação da Constituição Portuguesa revogando a Constituição de 1933), favoreceram em muito o desenvolvimento dos equipamentos para a pessoa idosa (Montanha, 2015, pp. 7-10). O número de serviços de apoio domiciliário no território sofreu um considerável aumento na década de 80, o qual se viria a acentuar ainda mais na década de 90. O período posterior ao ano 2000 continua a assinalar um aumento muito significativo (Pereira, 2011, pp. 23-24).

Gráfico nº 5: Evolução das respostas sociais para pessoas idosas entre 2000 e 2014

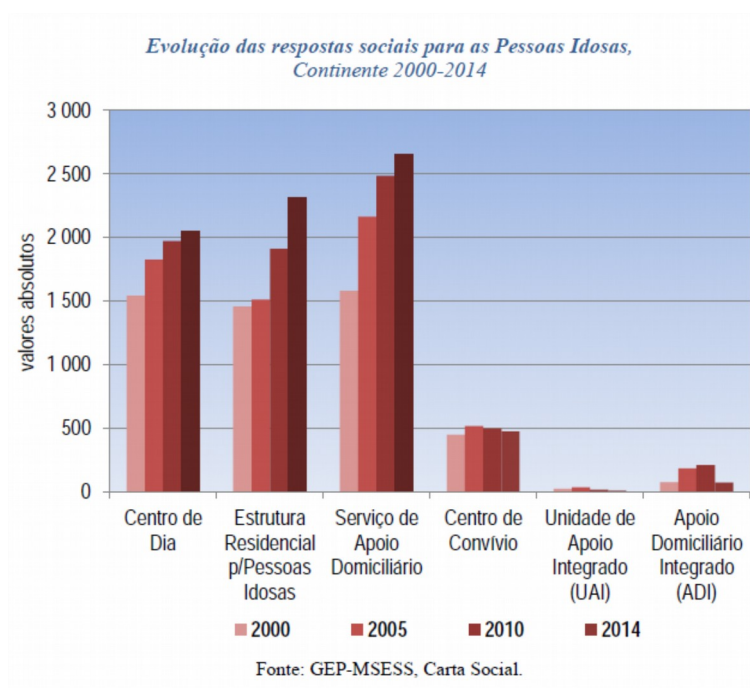
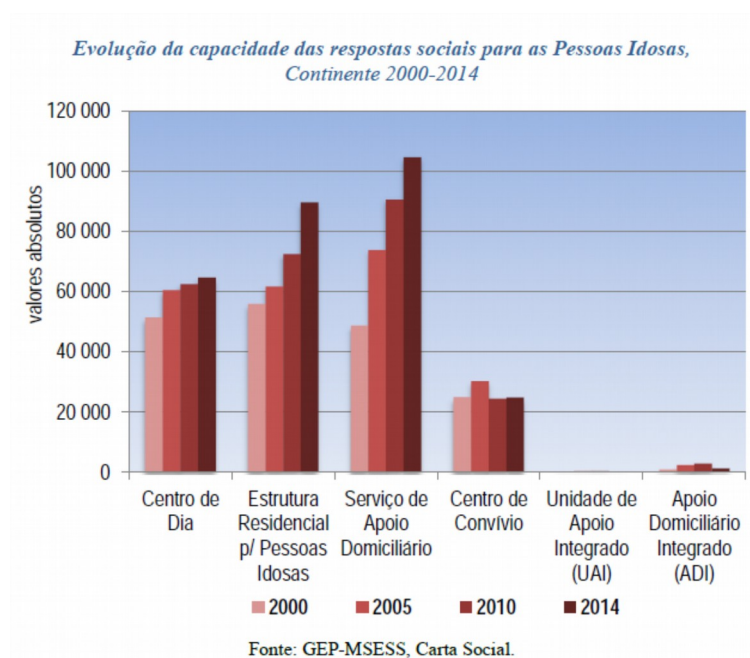


Gráfico nº 6: Evolução da capacidade das respostas sociais para as pessoas idosas entre 2000 e 2014.



Segundo os dados da Carta Social, desde 2000 até 2014 foram criados mais 102 000 novas vagas (Carta Social, n.d. a, p. 35). entre as diversas respostas para a população idosa, o serviço de apoio domiciliária acabou mesmo por registar o crescimento mais acentuado: As cerca de 48 700 vagas disponíveis em 2000, aumentaram para 104 500 vagas (aproximadamente) em 2014 (Carta Social, n.d. a, p. 35). Esse aumento exponencial da oferta não foi acompanhado do mesmo modo pela procura de apoio. Tal fenómeno explica a diminuição na utilização desta resposta que se fez sentir entre 2000 e 2014 (Carta Social, n.d. a, p. 38).

Quando procuramos dados atuais acerca dos números estatísticos que envolvem a realidade do serviço de apoio domiciliário, infelizmente percebemos que não se encontram disponíveis dados de data posterior ao ano de 2014. Desse modo, estes são os dados mais atuais que se encontram disponíveis.

A propósito da realidade Portuguesa no ano de 2014, é possível afirmar que em Portugal continental, existiam 2.703 serviços de apoio domiciliário, 107.764 vagas e 78.044 clientes (Carta Social, n.d. b).

Segundo Carta Social (n.d. b), em 2014, o distrito de Lisboa contava 332 serviços de apoio domiciliário; o do Porto 292 e o de Faro 79. O distrito de Lisboa possuía capacidade para 18.881 clientes, mas possuía apenas 12.600 (Carta Social, n.d. b).

Já o Concelho de Lisboa contava com 102 serviços de apoio domiciliário, possuía capacidade para 7.997 clientes, e tinha 5.266 clientes (Carta Social, n.d. b).

Esse grande aumento do número de serviços de apoio domiciliário exigiu do estado uma maior atenção quanto à regulação, fiscalização e financiamento (Montanha, 2015, p. 8).

## 2.2- O serviço de apoio domiciliário: Evolução da regulação da resposta:

A figura nº 2 oferece um panorama geral da evolução da regulação da resposta social:

Figura nº 2: Enquadramento normativo do SAD em Portugal

<b>Domínio e Fontes</b>	<b>Data</b>	<b>Conteúdo</b>
<b>Domínio Nacional:</b>  Constituição da República Portuguesa	1976	Lei Fundamental: Reconhece como matéria constitucional a especial vulnerabilidade das pessoas idosas. Reconhece a obrigação social da família, da comunidade e do estado, para com a população idosa. Reconhecendo a necessidade de uma política para o envelhecimento dando ao estado um papel ativo/interventivo na área do envelhecimento.
<b>Enquadramento Geral:</b>  Despacho Conjunto nº 407/98 a 18/5	1998	Cria respostas articuladas entre a área da saúde e da ação social. Cria ainda o apoio domiciliário integrado.
Portaria nº 250/99 a 8/4	1999	Cria o Programa Ajuda, destinado à região do Alentejo. Este programa cria um mercado local de serviços domiciliários para a comunidade.
Resolução do CM nº 59/2002 a 22/3	2002	Cria a «Rede Mais». Esta rede foi desenvolvida para garantir acesso a cuidados continuados integrados.

DL n° 281/2003 a 8/11	2003	Cria a Rede de Cuidados Continuados de Saúde e as unidades móveis domiciliárias.
Decreto – Lei n° 172 -A/2014, de 14 de novembro	2014	Aprova o Estatuto das IPSS (trazendo algumas alterações para o funcionamento de muitas das instituições que possuem serviços de apoio domiciliário.
Portaria n°196-A/2015, de 1 de julho	2015	Regula o regime jurídico de cooperação entre as IPSS e o Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social.
<b>Infraestruturas:</b>		
DL n° 133-A/97 a 30/5	1997	Regula os estabelecimentos e serviços privados que desenvolvem atividades de apoio social, (onde se inclui o serviços de apoio domiciliário).
Despacho Normativo n° 62/99 a 12/11	1999	Estipula as condições que regulam a instalação e funcionamento dos serviços de apoio domiciliário.
Portaria n°38/2013, de 30 de janeiro	2013	Aprova as normas que regulam as condições de implantação, localização, instalação e funcionamento do serviço de apoio domiciliário.
Decreto – Lei n° 33/2014, de 4 de março	2014	Define o regime jurídico de instalação, funcionamento e fiscalização dos estabelecimentos de apoio social geridos por entidades privadas, estabelecendo o respetivo regime contraordenacional.
<b>Recursos humanos:</b>		
DL n° 141/89 a 28/4	1989	Determina o quadro legal que serve de referência para os ajudantes de ação direta.
Despacho Conjunto 360/99 a 28/4	1999	Cria um grupo de trabalho para o estudo e desenvolvimento de medidas que visam a melhoria da prestação de cuidados prestados no domicílio.

Os serviços de apoio domiciliário têm ainda estado sujeitos a alterações previstas nas circulares de orientação técnica acordadas em sede de CNAAPAC (Comissão de Acompanhamento e Avaliação dos Protocolos e Acordos de Cooperação), bem como a alterações de funcionamento decorrentes da atualização do contrato coletivo de trabalho para as IPSS estabelecido entre o estado e as mesmas. Destacam-se ainda os seguintes aspetos: Em 1996, o Despacho Conjunto nº 407/98, cria o serviço de apoio domiciliário integrado (ADI), o qual integra todo o apoio social próprio de um serviço de apoio domiciliário com cuidados de saúde específicos para pessoas dependentes. Trata-se de uma resposta social que envolve a articulação entre diversos serviços e interdisciplinaridade das equipas que prestam os serviços. Esta política de articulação entre o setor social e o setor da saúde veio a resultar na criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em 2006. Esta rede inclui na sua atuação o recurso a serviços de apoio domiciliário (Decreto-Lei nº 101, de 6 de junho de 2006).

### **3- Política de qualidade no serviço de apoio domiciliário:**

A questão da qualidade das respostas sociais é cada vez mais pertinente: trata-se de uma exigência da sociedade a todos os níveis, sendo já considerada também a nível legal. A gestão para a qualidade tornou-se um imperativo, de tal modo que hoje em dia são muitas as instituições que optam pela certificação dos seus serviços. Segundo a Carta Social (2009) em Portugal no ano de 2008, 14,5 % dos serviços de apoio domiciliário estavam certificados (p.3).

A questão da qualidade aplicada à resposta social de serviço de apoio domiciliário não é nova e tem sido assunto amplamente debatido entre os decisores políticos, a entidade que tutela a ação social em Portugal (Instituto da Segurança Social), e as entidades prestadoras de cuidados (com suas confederações) (Despacho Normativo n.º 62, de 12 de novembro de 1999).

Alguns consensos se têm reunido à volta da temática. Parece ser amplamente aceite que a qualidade é um imperativo, e está relacionada com as seguintes questões:

- Os serviços prestados estão orientados para as necessidades dos cidadãos e devem atender às suas expectativas face aos mesmos. Isto implica que haja um conhecimento prévio e real das necessidades dos cidadãos (Nunes, 2014, p. 21; Instituto da Segurança Social, 2010 a, pp. 17.24.26-51).

- A resposta social mostra-se acessível quanto a horários, informação e comunicação. Desse modo, os serviços são fáceis de obter, cómodos de utilizar e de localizar (e por conseguinte, o tempo de espera é o menor possível) (Nunes, 2014, p. 22; Portaria nº 38, de 30 de janeiro de 2013, artº 10; Instituto da Segurança Social, 2010 a, pp. 16-17).

- Os processos que compõem os serviços prestados têm de ser claros transparentes e compreensíveis para os clientes (Portaria nº 38, de 30 de janeiro de 2013, artº 10; Nunes, 2014, p. 21). Do mesmo modo, o serviço terá de ser credível, profissional, responsável e personalizado (Nunes, 2014, pp. 21-22; Instituto da Segurança Social, 2010 a, pp. 10.15-17.19-25).

- A intervenção tem que ser participativa quer para colaboradores como para clientes. Desse modo é imperativo possibilitar-lhes o seu contributo, a sua opinião e as suas sugestões (Nunes, 2014, p. 22; Instituto da Segurança Social, 2010 a, pp. 11.13.18-19. 29. 30. 33-35; Portaria nº 38, de 30 de janeiro de 2013, artº 5).

A propósito da qualidade no serviço de apoio domiciliário, a legislação nacional regula a traços gerais, por via dos diplomas apresentados na figura nº 2. O estado constitui a este respeito, um standard mínimo de qualidade que assenta sobre quatro vetores: Licenciamento e fiscalização; Condições de implantação, localização e funcionamento; requisitos para a atividade de ajudante de ação direta; articulação com a rede de cuidados continuados de saúde (Portaria nº 38, de 30 de janeiro de 2013, artº 1. 9. 14; Instituto da Segurança Social, n.d.). As entidades que detêm os serviços de apoio domiciliário são assim obrigadas a cumprir com esse standard mínimo de qualidade (Nunes, 2014, p. 20). Desse modo tais diplomas regulam também os direitos do cliente e em certos casos estipulam coimas para as entidades não cumpridoras (Nunes, 2014, p. 20). Em Portugal, a tutela e a função de fiscalizar todo o setor social é da competência do Instituto da Segurança Social (Portaria nº 38, de 30 de janeiro de 2013, artº 14).

O estado tem promovido a qualidade do serviço de apoio domiciliário legislado sobre os seguintes aspetos:

-A criação e desenvolvimento de serviços de apoio no domicílio (DL nº 133-A/97 de 30 de maio);

-A garantia de acesso a cuidados continuados de saúde e ação social (Decreto-Lei nº 101, de 6 de junho de 2006);

-A garantia de recursos humanos e de infra-estruturas adequadas (Portaria nº 38, de 30 de janeiro de 2013, artº 9. 13. Anexo: Áreas Funcionais);

-A integração dos cuidados de saúde (apoio à doença) e da ação social (apoio à dependência), com equipas pluridisciplinares (Decreto-Lei nº 101, de 6 de junho de 2006, artº 27-28);

-A integração dos cuidados de saúde no domicílio numa rede de cuidados continuados (Decreto-Lei nº 101, de 6 de junho de 2006, artº 40);

-A participação dos utilizadores no seu plano de cuidados (Portaria nº 38, de 30 de janeiro de 2013, artº 5);

-A prevenção e promoção da autonomia (Portaria nº 38, de 30 de janeiro de 2013, artº 3. 5);

-A formação e criação de emprego no sector;

-Os critérios de idoneidade, licenciamento e fiscalização dos operadores (Instituto da Segurança Social, n.d.);

Como vemos, a questão da participação do cliente surge muitas vezes associada à qualidade no serviço de apoio domiciliário. Uma vez enquadrada no ordenamento legal, a questão da participação passa a ser um direito dos clientes.

A forma como a participação se relaciona com a qualidade do serviço de apoio domiciliário reside no seguinte: a pessoa idosa, quer esteja ou não dependente de terceiros, deseja continuar a decidir e a participar nas decisões que lhe dizem respeito. Mesmo no contexto do serviço de apoio domiciliário os clientes (na sua maioria) não prescindem de livre vontade do poder de decisão. Como vimos, a participação é inclusivamente um dos pilares em que assenta o envelhecimento ativo (OMS, 2012, p. 12). Privar a pessoa idosa da participação, decidir por ela e intervir com paternalismo é gerar exclusão social (EAPN Portugal, 2016).

Neste contexto, importa sublinhar que o desejo de promover a qualidade da resposta social bem como de promover a participação, traz consigo implicações para a intervenção em Serviço Social: a promoção da participação acarreta que a pessoa idosa se torne o “eixo” da intervenção. Faz com que a pessoa idosa tenha acesso a uma verdadeira inserção social, onde vê respeitados os seus direitos, liberdades e garantias, bem como a sua vontade pessoal (Instituto da Segurança Social, 2010 a, p. 2). Por isso o sistema-interventor é o primeiro agente promotor da participação (AIESS & FIAS, 2014, p. 2). Deste modo, é possível afirmar que: negar à pessoa idosa o direito à participação coloca em causa a qualidade da resposta social.



Atualmente, para garantir que a qualidade da resposta social não fique comprometida por via de abusos contra a participação dos clientes, o estado, por via da portaria nº 38/2013, de 30 de janeiro, e de normativos da Segurança Social, estipula a obrigatoriedade na existência de:

-Processos individuais para cada cliente. Destes processos têm que constar vários elementos, tais como: informação relativa ao perfil do cliente e o processo de desenvolvimento individual (PDI) (Portaria nº 38, de 30 de janeiro de 2013, artº 5-6; Instituto da Segurança Social, n.d., pp. 8-9. 13). Ora, o PDI é um plano no qual se registam o perfil, necessidades e expectativas do cliente, de modo a orientar a intervenção segundo esses mesmos aspetos (Portaria nº 38, de 30 de janeiro de 2013, artº 5-6; Instituto da Segurança Social, n.d., p. 14). Assim sendo, a realização do processo individual do cliente e do seu PDI estão diretamente ligados às boas práticas da participação do cliente (Portaria nº 38, de 30 de janeiro de 2013, artº 5; Instituto da Segurança Social, n.d., p.14). A orientação da intervenção é feita com recurso a objetivos os quais são operacionalizados em atividades e indicadores, permitindo assim que a intervenção seja sujeita a avaliação e análise objetivas. A Segurança Social obriga à realização de avaliações ao PDI do cliente (Instituto da Segurança Social, n.d., pp. 13-14). A Segurança Social exige também a participação/envolvimento do cliente na realização do PDI e na execução da intervenção (Instituto da Segurança Social, n.d., p. 13). A Segurança Social exige ainda que as atividades da intervenção estejam orientadas para o projeto de vida de cada cliente (Instituto da Segurança Social, n.d., p. 13). Exige também que seja feita a avaliação da satisfação do cliente e que o cliente seja ouvido periodicamente (Instituto da Segurança Social, n.d., pp. 14. 16).

-Respeito pela autonomia e direitos do cliente (Portaria nº 38, de 30 de janeiro de 2013, artº 3; Instituto da Segurança Social, n.d., p. 7). Ao fiscalizar estas matérias o estado cruza a informação que vai obtendo com as reclamações registadas no livro de reclamações, com o grau de satisfação do cliente e com entrevistas feitas diretamente aos clientes (Instituto da Segurança Social, n.d., p. 7).

-É obrigatório realizar uma entrevista no início da intervenção onde são prestadas informações e esclarecimentos acerca da resposta social (Instituto da Segurança Social, n.d., p. 8).

-Regulamento interno, bem como a sua divulgação aos clientes (Portaria nº 38, de 30 de janeiro de 2013, artº 11; Instituto da Segurança Social, n.d., p. 4).

-Contrato de prestação de serviços (o qual tem de ser assinado pelo cliente sempre que possível) (Portaria nº 38, de 30 de janeiro de 2013, artº 3. 7; Instituto da Segurança Social, n.d., p. 4). Caso surja a necessidade de se realizar alguma alteração no contrato, a Segurança Social estipula



que o assistente social dialogue com os clientes/famílias de modo a que não haja lugar a decisões unilaterais (Instituto da Segurança Social, n.d., p. 11).

-Livro de ocorrências e de livro de reclamações (Portaria nº 38, de 30 de janeiro de 2013, artº 10; Instituto da Segurança Social, n.d., p. 7).

-Condições de privacidade, confidencialidade e de conforto do cliente (Portaria nº 38, de 30 de janeiro de 2013, artº 5; Instituto da Segurança Social, n.d., pp. 7-9).

-Uma política interna relativa à gestão das atividades dos clientes que promova o seu bem-estar e desenvolvimento global (Instituto da Segurança Social, n.d., p. 15).

-Uma metodologia para a gestão e prevenção de situações de negligência, abusos, e maus tratos (Instituto da Segurança Social, n.d., p. 15).

Apesar de não ser obrigatório, é ainda incentivada a diversidade e a flexibilidade de serviços prestados, por forma a que seja dada uma resposta mais adequada às necessidades dos clientes (Portaria nº 38, de 30 de janeiro de 2013, artº 4; Instituto da Segurança Social, n.d., p. 11).

Todavia, (mesmo com a regulação existente e com o desempenho do estado), ainda assim não deixam de ocorrer casos onde o assistente social acaba por decidir arbitrariamente pela pessoa idosa impondo-lhe a sua vontade. Nesses casos, o assistente social não coloca a pessoa idosa no centro da intervenção social negligenciando assim os seus direitos.

### **Capítulo 3 – Metodologia e plano de trabalho:**

Com esta pesquisa pretendemos conhecer a perceção dos clientes face à participação no serviço de apoio domiciliário. Pretendemos saber, no contexto das intervenções do Serviço Social no serviço de apoio domiciliário com os clientes, como é percebida a sua participação e considerada a sua vontade, tendo em conta o seu perfil, as necessidades e as respostas existentes. Para responder à pergunta de partida foram definidos os seguintes objetivos:

- 1- Identificar o perfil das pessoas idosas, que são clientes de serviços de apoio domiciliário, tendo em conta as suas necessidades sociais e pessoais e a sua capacidade de decisão;
- 2- Caracterizar a intervenção do profissional de serviço social na perspetiva do cliente (de modo a compreender de que forma é considerada a vontade do cliente, tendo como referência as necessidades e as possibilidades do serviço de apoio domiciliário);
- 3- Identificar perfis de participação das pessoas idosas tendo em conta a sua capacidade de decisão, nível de integração na comunidade, e os recursos disponíveis para satisfazer a sua vontade.

#### **1- Modelo de análise:**

Pretendemos perceber como é promovida a participação e considerada a vontade do cliente, no contexto das intervenções na resposta social de serviço de apoio domiciliário. Partimos do reconhecimento de que a participação e a vontade (como autodeterminação) decorre do perfil do cliente, do tipo de intervenção de Serviço Social e dos recursos do serviço de apoio domiciliário.

Se por um lado, a intervenção social tem em conta o mais possível a participação do cliente e a sua vontade, também é verdade que para realizar o melhor possível a intervenção, o assistente social tem ainda em conta outras dimensões, tais como:

- Os Recursos disponíveis: uma vez que o cliente pode desejar que a intervenção realizada pelo assistente social inclua recursos que simplesmente não existem ou não se encontram disponíveis;
- A intervenção do Serviço Social: uma vez que a vontade do cliente pode compreender outras coisas que fujam do âmbito ou do *modus operandi* próprio da intervenção em Serviço Social. Tais desejos não poderão ser atendidos pelo assistente social;

- O Perfil e Necessidades do Cliente: uma vez que a vontade do cliente pode encontrar-se sujeita a constrangimentos e incapacidades, como sucede nos casos de pessoas portadoras de demências ou de outras patologias que comprometem o bom uso da razão.

Neste contexto, foram definidas várias dimensões e variáveis:

1- Dimensão – Perfil, o qual possui as seguintes variáveis: Género, Idade, situação familiar, Escolaridade – Literacia, Aposentação – Reforma, Saúde, Dependência – Atividades da vida diária (AVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD), Capacidade de decisão, Cuidador informal – Responsabilidades;

2 - Dimensão – Recursos do Serviço de Apoio Domiciliário e outros da rede social, o qual possui as seguintes variáveis: Cuidados de higiene e conforto pessoal , Higiene habitacional, Fornecimento e apoio nas refeições, Tratamento da roupa, Atividades de animação e socialização, Serviço de tele-assistência, Outros serviços do Serviço de Apoio Domiciliário, Outros serviços na rede social;

3 - Dimensão - Intervenção do Serviço Social e promoção da participação, o qual possui as seguintes variáveis: Candidatura – (escolha pessoal ou de outrem), Admissão – (consentimento informado - contrato), Diagnóstico da situação, Planeamento da intervenção e construção do Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) ou Plano Individual (PI), Execução da intervenção, Finalização da intervenção, Avaliação da intervenção, Liberdade de escolha, Direitos relativos à obtenção de cuidados e serviços, Escolha – decisão informada.

As variáveis apresentadas serviram de base para a criação das entrevistas semidirigidas e dos inquéritos por questionário.

## **2 – Métodos e técnicas**

Para perceber como é promovida a participação e considerada a vontade dos clientes, tornou-se necessário definir métodos para a recolha da informação junto dos clientes. O estudo realizado compreende métodos quantitativos e qualitativos (Carmo & Ferreira, 1998, pp. 175-178). Para analisar as questões colocadas, foi adotada uma metodologia assente em técnicas mistas: questionário e entrevista. No campo dos métodos quantitativos (Carmo & Ferreira, 1998, pp. 178-179), usei a técnica do inquérito por questionário (Quivy & Campenhoudt, 1992, p. 188; Carmo &

Ferreira, 1998, pp. 137-139. 147), mais propriamente: questionário “de administração indireta” (Quivy & Campenhoudt, 1992, p. 188). Esta opção metodológica justifica-se uma vez que era necessária a recolha de informação/dados para perceber qual é o ponto de vista dos clientes de serviço de apoio domiciliário face à sua participação na intervenção e face ao respeito pela sua vontade pessoal. Nesse sentido, era necessário aferir diretamente as suas opiniões. Por isso senti necessidade de um método que me permitisse escutar diretamente dos clientes as suas opiniões.

No campo dos métodos qualitativos (Carmo & Ferreira, 1998, pp. 179-181), optei pela técnica da entrevista semidirigida (Quivy & Campenhoudt, 1992, p. 192) (Carmo & Ferreira, 1998, pp. 125-127). Estas entrevistas foram concebidas para serem aplicadas junto de profissionais de Serviço Social, responsáveis por serviços de apoio domiciliário.

## **2.1 - Estratégias de acesso à população:**

Para realizar os inquéritos por questionário e as entrevistas semidirigidas, dirigir-me ao CSP1 e ao CSP2 porque já tinha trabalhado como assistente social numa das instituições, e a outra conhecia a sua realidade bem de perto. Por esse motivo tinha boa relação com essas entidades. Pedi então autorização aos diretores de ambas as instituições para aplicar as entrevistas e os questionários. Os diretores deferiram de imediato o meu pedido e apoiaram-me o mais possível.

Foi então que comecei a aplicar os inquéritos por questionário às pessoas idosas/clientes: primeiramente no CSP1, e de seguida no CSP2. No CSP1, a diretora técnica designou ajudantes de ação direta para me acompanharem a casa de cada cliente. Já no CSP2 o diretor técnico realizava contactos telefónicos aos clientes pedindo a sua permissão para me acolherem e realizarem o inquérito.

No CSP1, ao chegarmos a casa dos clientes, a ajudante de ação direta apresentava-me e explicava ao cliente o motivo da minha visita pedindo-lhe o consentimento para a realização do inquérito. Como a diretora técnica havia de antemão selecionado os clientes que se encontravam capazes para responder às questões, (não tendo problemas de saúde ou falta de lucidez que os impedisse de responder da melhor forma aos questionários), não houve nenhum cliente que não quisesse participar no estudo.

Já no CSP2, dirigia-me a pé pela freguesia até ao domicílio de cada cliente inquirido e em alguns casos o questionário foi efetuado na instituição já que os clientes se deslocavam diariamente ao centro social, apesar de usufruírem de apoio domiciliário.

Todos os participantes foram informados quanto à natureza do estudo e todos consentiram em participar de livre vontade. Procurei não ser evasivo e não incomodar as pessoas idosas: deixei sempre a possibilidade aos entrevistados de não responderem a alguma questão que não desejassem responder. Os inquéritos foram quase sempre realizados no domicílio dos clientes.

Quase todos os clientes aceitaram de bom grado participar no estudo. Apenas em três dos 31 casos os clientes hesitaram em receber-me. Isto ocorreu no âmbito dos clientes do CSP2, onde os clientes foram contactados telefonicamente e não pessoalmente. Todavia, mesmo nesses casos, os clientes não deixaram de colaborar concedendo-me a realização dos inquéritos por entre a janela e à porta de casa.

No caso do cliente se encontrar acamado, o inquérito era realizado junto à cama. Todavia, a grande maioria dos clientes realizou o inquérito na sala de estar.

Um dos critérios definidos para aplicar o questionário foi a não existência de incapacidades cognitivas por parte dos clientes.

Por fim apliquei a entrevista semidirigida aos assistentes sociais dos centros paroquiais. Todavia, só pude entrevistar dois assistentes sociais, porque cada centro social possuía apenas um assistente social. Ambos os assistentes sociais consentiram em realizar a entrevista.

Foi guardada confidencialidade perante as suas opiniões. A entrevista foi gravada com o conhecimento dos entrevistados.

Depois de recolhidos, os dados resultantes dos inquéritos por questionário foram tratados por via de análise estatística (Quivy & Campenhoudt, 1992, pp. 195. 226) (Carmo & Ferreira, 1998, p. 251). Passei assim à etapa da análise das informações (Quivy & Campenhoudt, 1992, p. 211). A análise foi realizada por meio de um programa de análise estatística: o SPSS. Este programa foi concebido para a análise de dados e é amplamente usado em investigações do ramo das ciências sociais. Os testes utilizados foram essencialmente a tabulação cruzada (Crosstabs). Este tipo de testes realizam a análise descritiva de duas variáveis nominais.

Na análise foi possível verificar tendências nas respostas dadas pelos clientes. Tais respostas e tais tendências foram posteriormente analisadas de modo a que os dados se traduzam em resultados. Ao registar os resultados procurando chegar a ilações, entrei então na etapa das conclusões (Quivy & Campenhoudt, 1992, p. 237).

Por sua vez foi efetuado uma análise de conteúdo às entrevistas realizadas aos profissionais de Serviço Social. Foi garantida a autodeterminação e a confidencialidade e o anonimato dos

participantes. Os resultados dos inquéritos não foram revelados a nenhum elemento dos centros sociais.

## **Capítulo 4 – Resultados obtidos:**

No presente capítulo procede-se à apresentação dos resultados captados por via dos inquéritos por questionário e das entrevistas semidirigidas. A análise da informação captada serve, em primeiro lugar, para responder à pergunta de partida. Todavia, segundo Quivy e Campenhoudt (1992) a análise das informações serve para mais que isso. Serve para expormos outras informações que os dados recolhidos nos disponibilizam. Serve para possibilitar uma interpretação mais alargada daquilo que o investigador acaba por perceber (p. 211).

Tendo os dados sido preparados e agregados, procedemos à sua descrição (Quivy & Campenhoudt, 1992, p. 216).

### **1- A intervenção do Serviço Social e o serviço de apoio domiciliário: competências e atribuições:**

Quer o CSP1 como o CSP2, possuem ambos apenas um assistente social. Em ambos os casos, a figura do assistente social é fulcral na instituição, pois em ambos os centros sociais, o assistente social acumula as funções de diretor técnico.

Nesse sentido, ambos os assistentes sociais, desempenham a título de diretor técnico a realização do planeamento estratégico e operacional do serviço de apoio domiciliário (portaria nº 67, de 21 de março de 2012, artº 11; Sá, 2001, pp. 798-799). Nesta função inclui-se a realização de diagnósticos estratégicos da resposta social; o estabelecimento de objetivos estratégicos (de modo a que seja possível criar modelos e instrumentos de avaliação da resposta); a definição de áreas de intervenção (e de intervenção prioritária); a formação de equipas de trabalho e gestão de recursos humanos; a gestão de recursos e a criação de fontes de financiamento (Sá, 2001, pp. 798-799; Instituto da Segurança Social, 2010 b, pp. 10-12).

A portaria nº 67/2012 de 21 de março define as funções do diretor técnico. Além do que já foi referido, a portaria destaca ainda as seguintes funções: “(...) c)Sensibilizar o pessoal face à problemática da pessoa idosa; d)Planificar e coordenar as atividades sociais, culturais e ocupacionais dos idosos (...)” (portaria nº 67, de 21 de março de 2012, artº 11).

Como diretores técnicos, cabe ainda a cada um destes assistentes sociais a articulação entre os órgãos de direção do centro social onde se encontram inseridos, com os restantes funcionários da instituição.

Aos assistentes sociais de ambos os centros sociais cabe ainda a execução de funções do âmbito do Serviço Social. A este nível, os referidos assistentes sociais desenvolviam as mesmas funções:

Ao assistente social compete o desenvolvimento da ação social desenvolvida pela resposta social. É da sua competência o desenvolvimento de projetos de ação social que concretizam os objetivos do serviço de apoio domiciliário. Nesse âmbito, o assistente social desenvolve projetos que são compostos por processos de resolução de problemas sociais dos clientes (de acordo com os objetivos e possibilidades da valência). Deste modo, é exigido a ambos os assistentes sociais que coordenem, por um lado, as equipas de ajudantes de ação direta, e por outro, que coordenem toda a intervenção social.

São ainda atribuições suas, a gestão da qualidade dos serviços, (onde se procura melhorar a satisfação dos clientes, e a humanização dos serviços), bem como o estabelecimento de parcerias e protocolos com vista ao desenvolvimento integral dos clientes.

Abordando agora mais especificamente a intervenção social dos assistentes sociais em ambos os serviços de apoio domiciliário, procede-se a uma breve análise das tarefas realizadas pelos mesmos durante as diferentes etapas da intervenção:

**-Candidatura:** nesta primeira etapa o cliente (ou quem o representa) apresenta-se à instituição comunicando o desejo de receber cuidados no seu domicílio. Realizam por isso uma candidatura à frequência na resposta social. Nesta etapa, os assistentes sociais estabelecem o primeiro contacto com os clientes. Cabe-lhes a realização de uma primeira recolha de informação do cliente. Este (ou a família) fazem a primeira descrição das suas necessidades sociais. O assistente social deve registá-las bem como todas as informações que considerar úteis.

*“(...)os utentes contactam a instituição no sentido de perceber como é que se podem inscrever ou o que é que necessário fazer para se integrarem no centro. Posteriormente a esse passo dirigem-se ao centro ou então é efetuado uma visita domiciliária e aí é percebido digamos assim quais são os interesses por parte dos utentes, o que é que eles tencionam recolher a nível de informação que se adapte àquilo que são os seus desejos àquilo que são as suas necessidades e vontades e preenche-se um documento em que eles trazem a documentação pessoal em que se regista digamos as necessidades que eles têm”*  
(Anexos, p. 47).



**-Admissão:** nesta etapa, após análise da candidatura apresentada, os assistentes sociais avaliam se o caso se adequa à resposta social. Avaliam também se a resposta social possui condições e recursos necessários à realização dos serviços requeridos pelo cliente. Avaliam ainda se estão reunidas as condições mínimas para que os funcionários do serviço de apoio domiciliário possam realizar o seu trabalho.

Depois de avaliadas as situações, o cliente pode ser ou não admitido.

Entre as fases de candidatura e admissão é comum entre estes assistentes sociais a realização de visitas domiciliárias de modo a aumentar o conhecimento acerca da pessoa idosa, do seu perfil, do meio envolvente e dos seus problemas sociais: “(...)Posteriormente a esse passo dirige-se ao centro ou então é efetuado uma visita domiciliária e aí é percebido digamos assim quais são os interesses por parte dos utentes,(...)” (Anexos, p. 47).

**-Diagnóstico da situação:** com base na informação recolhida até então, os assistentes sociais elaboram um diagnóstico social que visa retratar a situação social do cliente e o seu perfil. Estas e outras informações são registadas pelos assistentes sociais no processo individual que cada cliente possui.

**-Planeamento da intervenção e construção do plano de desenvolvimento individual (PDI) ou plano individual (PI):** com base na informação recolhida nas etapas anteriores, os assistentes sociais realizam um planeamento da intervenção. Nesse planeamento está contemplada a construção do Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) ou Plano Individual (PI).

“(...)antes de intervirmos, construirmos o plano, lá está o tal plano de desenvolvimento individual,(...)” (Anexos, p. 34).

O planeamento acarreta o estabelecimento de vários elementos relativos à intervenção, tais como: levantamento das necessidades do cliente; levantamento das expectativas do cliente; estabelecimento dos objetivos da Intervenção; estabelecimento de estratégias de intervenção; estipulação dos recursos humanos e materiais necessários para atingir os objetivos; estabelecimento dos serviços a prestar e das atividades a desenvolver com o cliente; estabelecimento dos períodos em que os serviços e as atividades se devem desenrolar; estabelecimento de indicadores capazes medir/avaliar se os objetivos foram alcançados.

**-Execução da intervenção:** depois de devidamente planeada, a intervenção é executada. Realizam-se então as atividades previstas no PDI do cliente. No caso do serviço de apoio domiciliário, estas atividades correspondem normalmente à prestação dos serviços selecionados pelo cliente dentre os serviços descritos no ponto 2 do capítulo 2 - O serviço de apoio domiciliário:

Análise da resposta. É a vez dos ajudantes de ação direta passarem à prestação dos serviços no domicílio. Cabe aos assistentes sociais a coordenação e supervisão dos serviços prestados.

**-Finalização da intervenção:** a intervenção tem o seu termo por motivo de óbito, desistência ou transferência do indivíduo para outra instituição ou resposta social. Cabe aos assistentes sociais a articulação com as entidades para onde procede o cliente: ambos os assistentes sociais se encontram correntemente em contacto com as entidades que costumam receber as pessoas idosas no termo da intervenção do serviço de apoio domiciliário, (tais como os hospitais, estruturas residenciais para pessoas idosas, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e as próprias famílias dos clientes).

*“(...)No caso de desistências se acontecem ou quando acontecem é porque essencialmente o estado de saúde do utente se agravou e por isso ou foi integrado em lar, ou foi hospitalizado ou foi para cuidados continuados(...)”* (Anexos, p. 49).

Quando a intervenção termina com o óbito, os assistentes sociais contactam os significativos do cliente para prestar informações necessárias e as devidas condolências.

## **2- Quem são os clientes dos serviços de apoio domiciliário - perfis:**

Sendo que o primeiro objetivo do presente estudo é: identificar o perfil das pessoas idosas, que são clientes de serviços de apoio domiciliário, tendo em conta as suas necessidades sociais e pessoais e a sua capacidade de decisão – procede-se à identificação do perfil dos clientes por via dos dados recolhidos. Estes dados foram analisados estatisticamente por recurso ao programa SPSS. A informação gerada por este programa foi compilada no anexo 12: Testes – SPSS.

A análise que se segue tem por base as variáveis que compõem a dimensão “perfil” (do modelo de análise) (Anexos, p. 183).

**-Género:** Os dados gerados pelo SPSS mostram que, dos indivíduos inquiridos pertencentes ao CSP1, 75% eram do sexo feminino, e apenas 25% eram do sexo masculino (Anexos, pp. 71-72).

Por seu lado, dos indivíduos inquiridos pertencentes ao CSP2, 73,3% eram do sexo feminino, e apenas 26,7% eram do sexo masculino.

Os mesmos dados revelam que a globalidade da amostra fora composta maioritariamente por mulheres (74,2%), ao passo que os homens representam apenas 25,8% da amostra.

Esta é também a sensibilidade dos assistentes sociais entrevistados: “*A maior parte são do sexo feminino*” (Anexos, p. 20).

**-Idade:** Quanto à variável idade, Os dados gerados pelo SPSS revelam que o grupo dos inquiridos do CSP1 possui uma média de idade de 84,38 anos. O mais novo dos elementos do CSP1 possui 70 anos, e o mais velho possui 95 anos de idade.

Por sua vez, o CSP2 possui uma média de idade de 80,33 anos. Os clientes inquiridos deste centro social são em média mais novos que os clientes do CSP1. O mais novo dos elementos do CSP2 possui 57 anos, e o mais velho possui 96 anos de idade.

Se analisarmos toda a amostra (isto é: ambos os centros sociais) a média da idade situa-se nos 82,42 anos.

Os mesmos dados mostram-nos que dos inquiridos do CSP1 50% possuem idades compreendidas entre os 85 e 94 anos. 87,5% possuem idades compreendidas entre os 75 e os 94 anos de idade. 75% ( três quartos) dos inquiridos possuem 80 ou mais anos de idade.

Por sua vez, dos inquiridos do CSP2, 46,7% possuem idades compreendidas entre os 85 e 94 anos. 60% possuem 85 ou mais anos de idade. Todavia, 20% dos inquiridos possui menos de 65 anos.

Da análise de toda a amostra (ambos os centros sociais), sabemos que 48,4% dos elementos possuem entre os 85 e os 94 anos de idade, e 67,7% dos inquiridos possuem 80 ou mais anos de idade.

**-Situação familiar:** Os dados gerados pelo SPSS revelam que no caso do CSP1, 11 dos 16 inquiridos são viúvos (68,8%). No caso do CSP2, 53,3% dos inquiridos são viúvos (Anexos, p. 76). Ambos os assistentes sociais entrevistados constataam a mesma evidência: “*A larga maioria são viúvos.*” (Anexos, p. 41). Todavia, 20% são casados ou vivem em união de facto, e outros 20% são solteiros.

Se analisarmos o conjunto de ambos os centros sociais vemos que 61,3% dos inquiridos são viúvos e que 22,6% dos inquiridos são solteiros. A análise da estrutura familiar prossegue com a figura nº 3.

Figura nº 3: Estrutura familiar dos inquiridos

Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio * tipo de estrutura familiar Tabulação cruzada											
			tipo de estrutura familiar							Total	
			vive com a esposa/esposo	vive com a esposa/esposo, vive com outros familiares	vive com filhos	vive com filhos, vive com outras pessoas	vive com filhos, vive com outros familiares	vive com outras pessoas	vive com outros familiares		vive só
Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio	Centro Social e Paroquial de Santa Catarina	Contagem	1	0	1	1	0	0	4	9	16
		% em Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio	6,3%	0,0%	6,3%	6,3%	0,0%	0,0%	25,0%	56,3%	100,0%
		% do Total	3,2%	0,0%	3,2%	3,2%	0,0%	0,0%	12,9%	29,0%	51,6%
	Centro Social Paroquial da Ameixoeira	Contagem	2	1	1	0	1	1	1	8	15
		% em Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio	13,3%	6,7%	6,7%	0,0%	6,7%	6,7%	6,7%	53,3%	100,0%
		% do Total	6,5%	3,2%	3,2%	0,0%	3,2%	3,2%	3,2%	25,8%	48,4%
	Total	Contagem	3	1	2	1	1	1	5	17	31
		% em Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio	9,7%	3,2%	6,5%	3,2%	3,2%	3,2%	16,1%	54,8%	100,0%
		% do Total	9,7%	3,2%	6,5%	3,2%	3,2%	3,2%	16,1%	54,8%	100,0%

A figura nº 3 divide os inquiridos por grupos segundo a estrutura familiar em que cada individuo se encontra inserido. Os dados relativos à estrutura familiar são importantes porque estão relacionados com o isolamento dos inquiridos.

Do CSP1, 56,3% dos inquiridos vivem sós 25% vivem com familiares mas que não são os seus esposos ou os seus filhos. Por isso, a assistente social deste centro social afirmou que “(...) a maior parte, quase todos vivem isolados” (Anexos, p. 22). No caso do CSP2, 53,3% vivem sozinhos. Neste caso a assistente social deste centro, afirmou que “(...) existem algum número significativo de utentes que vivem sozinhos(...)” (Anexos, p. 43).

Quando analisados ambos os centros sociais juntos, vemos que 54,8% dos inquiridos vivem sozinhos, ao passo que 22,6% residem com familiares que não são os seus esposos ou os seus filhos (Anexos, pp. 77-78).

### -Escolaridade – Literacia:

Figura nº 4: Habilitações literárias dos inquiridos

		Habilitações literárias										Total
		12.º Ano antigo 7.º ano)	4.ª Classe	6.º Ano ou antigo ciclo preparatório	9.º Ano (antigo 5.º ano)	curso comercial completo	curso comercial incompleto	curso de construção civil (não superior)	curso industrial completo	Menos que a antiga quarta classe	Não sabe ler ou escrever	
Nome da instituição	Centro Social e Paroquial de Santa Catarina	Contagem 1	7	1	2	1	1	0	1	1	1	16
	% em Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio	6,3%	43,8%	6,3%	12,5%	6,3%	6,3%	0,0%	6,3%	6,3%	6,3%	100,0%
	% do Total	3,2%	22,6%	3,2%	6,5%	3,2%	3,2%	0,0%	3,2%	3,2%	3,2%	51,6%
	Centro Social Paroquial da Ameixoeira	Contagem 0	6	3	1	0	0	1	0	3	1	15
	% em Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio	0,0%	40,0%	20,0%	6,7%	0,0%	0,0%	6,7%	0,0%	20,0%	6,7%	100,0%
	% do Total	0,0%	19,4%	9,7%	3,2%	0,0%	0,0%	3,2%	0,0%	9,7%	3,2%	48,4%
	Total	Contagem 1	13	4	3	1	1	1	1	4	2	31
	% em Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio	3,2%	41,9%	12,9%	9,7%	3,2%	3,2%	3,2%	3,2%	12,9%	6,5%	100,0%
	% do Total	3,2%	41,9%	12,9%	9,7%	3,2%	3,2%	3,2%	3,2%	12,9%	6,5%	100,0%

A figura nº 4 divide os inquiridos segundo o seu nível de literacia. O quadro mostra que no caso do CSP1, 43,8% dos inquiridos possuem apenas a antiga quarta classe. O valor é bastante semelhante quando analisamos a realidade do CSP2: 40%. Desse modo, ambos os assistentes sociais afirmaram que esta é a tendência entre os clientes: “São pessoas de baixa escolaridade, alguns analfabetos mas digamos que têm o que antigamente se diria, a 4ª classe.” (Anexos, p. 42).

A amostra contempla ainda dois casos de pessoas que não sabem ler ou escrever, e apenas um caso de uma pessoa que completou o 12º ano de escolaridade.

A análise conjunta de ambos os centros sociais mostra que, por um lado 41,9% dos elementos não possui mais que a antiga quarta classe, e por outro, que 51,6% possuem maior grau de escolaridade que a quarta classe antiga (Anexos, p. 79). Todavia, a amostra não contempla nenhum caso com grau de ensino superior.

**-Aposentação – Reforma:** Os dados gerados pelo SPSS revelam o seguinte acerca da situação profissional dos elementos da amostra: No CSP1 todos os inquiridos se encontram reformados. No CSP2, 93,3% dos inquiridos também se encontram reformados, sendo que apenas uma pessoa se encontra desempregada (6,7%) (Anexos, p. 80). Em ambos os centros sociais, nenhum dos inquiridos se encontra a trabalhar.

Se analisarmos a totalidade da amostra, vemos que 96,8% da amostra é constituída por reformados (Anexos, p. 80).

Figura nº 5: Valor da reforma dos inquiridos

Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio * Valor da Reforma Tabulação cruzada								
		Valor da Reforma						Total
		entre 180 a 280 euros	entre 281 a 400 euros	entre 401 a 600 euros	inferior a 180 euros	não sabe ou não se lembra	superior a 600 euros	
Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio	Centro Social e Paroquial de Santa Catarina	Contagem	1	3	8	0	1	3
		% em Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio	6,3%	18,8%	50,0%	0,0%	6,3%	18,8%
		% do Total	3,2%	9,7%	25,8%	0,0%	3,2%	9,7%
	Centro Social Paroquial da Ameixoeira	Contagem	2	6	5	2	0	0
		% em Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio	13,3%	40,0%	33,3%	13,3%	0,0%	0,0%
		% do Total	6,5%	19,4%	16,1%	6,5%	0,0%	0,0%
Total		Contagem	3	9	13	2	1	3
		% em Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio	9,7%	29,0%	41,9%	6,5%	3,2%	9,7%
		% do Total	9,7%	29,0%	41,9%	6,5%	3,2%	9,7%

A figura nº 5 divide os inquiridos segundo os rendimentos auferidos mensalmente. Trata-se portanto de um indicador importante para perceber o perfil socioeconómico da amostra.

No CSP1, 50% dos inquiridos recebe entre 401 a 600 € por mês. No mesmo centro social 75,1% dos inquiridos recebe menos de 601€. Todavia, a assistente social deste centro social constata uma situação menos favorável “(...)Valor médio da reforma...a maior parte são nos 376 euros e poucos centimos” (Anexos, p. 21).

No CSP2, 40% dos inquiridos recebe entre 281 a 400 € por mês. No mesmo centro social nenhum dos inquiridos recebe mais que 600€. Desse modo o assistente social afirma que “(...)a nível de valor médio de reforma os valores não são muito superiores a 250 euros (...)” (Anexos, p. 42).

Os dados sugerem por tanto que os clientes do CSP1 recebem mensalmente maior rendimento que os clientes do CSP2 (Anexos, p. 81).

Na totalidade da amostra 41,9% dos inquiridos recebe entre 401 a 600 €; 29% dos inquiridos recebe entre 281 a 400 € por mês; 70,9% recebem entre 281 a 600€. Apenas 9,7% dos elementos da amostra ganham por mês mais de 600 €.

**-Saúde:** Os dados gerados pelo SPSS revelam que no CSP1, 56,3% dos inquiridos disseram possuir múltiplas doenças. Muitas foram as diferentes doenças referidas pelos inquiridos. Os dados

mostram que no caso do CSP1 mais de metade das pessoas afirmou possuir mais que uma doença. Tal afirmação foi ainda mais ouvida no âmbito do CSP2, onde 60% dos inquiridos referiram que possuem mais que uma doença (Anexos, p. 82).

Se analisarmos os dados de ambos os centros sociais juntos, o grupo de inquiridos que afirmou possuir múltiplas doenças foi o grupo que registou mais ocorrências, correspondendo a 58,1% dos inquiridos. Seguem-se as pessoas que afirmam possuir cancro(s), com 19,4%.

Em suma, os assistentes sociais afirmam unanimemente que estas pessoas “*Encontram-se em situação de saúde debilitada, limitações físicas e algumas também de ordem psíquica...o que os impede de terem uma vida mais ativa e fazerem face à sua rotina*” (Anexos, p. 21). O assistente social do CSP2 refere ainda a dependência como um elemento muito presente (Anexos, p. 42).

**-Dependência – Atividades da vida diária (AVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD):** A dependência dos indivíduos foi avaliada mediante a aplicação do Índice de Barthel (Apóstolo, 2012, pp. 12-13). Este índice mede o nível de independência do sujeito no contexto de dez atividades básicas de vida diária: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Apóstolo, 2012, pp. 12-13).

O Índice de Barthel avalia se o individuo é capaz de desempenhar determinadas tarefas de forma independente.

As atividades apresentam entre dois a quatro níveis de dependência, onde 0 corresponde à dependência total e os valores 5, 10 ou 15 podem representar a independência (Apóstolo, 2012, p. 13).

No contexto das dez atividades de vida diária, o total da pontuação que um sujeito pode obter varia entre 0 e 100. Existem então cinco intervalos para interpretar o resultado da pontuação que o individuo obtém: 0-20: Dependência total; 21-60: Grave dependência; 61-90: Moderada dependência; 91-99: Muito leve dependência; 100: Independência (Apóstolo, 2012, p. 13).

O estudo desenvolvido por Araújo et al. (2007) demonstra que o Índice de Barthel é um instrumento com alto nível de fidelidade (alfa de Cronbach de 0,96 e valores da escala correlações com a escala total entre  $r = 0,66$  e  $r = 0,93$ ) (pp. 59-66).



Figura nº 6: Índice de Barthel – resultados dos inquiridos

Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio * Índice de Barthel - Resultado Tabulação cruzada							
			Índice de Barthel - Resultado				Total
			100 - Independência	21-60 - grave dependência	61-90 - moderada dependência	91-99 - Muito leve dependência	
Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio	Centro Social e Paroquial de Santa Catarina	Contagem	5	2	7	2	16
		% em Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio	31,3%	12,5%	43,8%	12,5%	100,0%
		% do Total	16,1%	6,5%	22,6%	6,5%	51,6%
	Centro Social Paroquial da Ameixoeira	Contagem	6	0	7	2	15
		% em Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio	40,0%	0,0%	46,7%	13,3%	100,0%
		% do Total	19,4%	0,0%	22,6%	6,5%	48,4%
	Total	Contagem	11	2	14	4	31
		% em Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio	35,5%	6,5%	45,2%	12,9%	100,0%
		% do Total	35,5%	6,5%	45,2%	12,9%	100,0%

A figura nº 6 mostra-nos os resultados da aplicação do Índice de Barthel à amostra.

Para o CSP1 destacam-se 43,8% dos inquiridos com valores entre 61 e 90: Moderada dependência. A tabela revela ainda que no CSP1 68,8% dos inquiridos não são totalmente independentes. Desse modo a assistente social do CSP1 afirma que “(...) *Sim, temos, e a maior parte dos nossos idosos de serviço de apoio domiciliário...portanto...são dependentes na parte da locomoção (...) o que impede depois de fazerem a sua vida... daí precisarem de ajuda*” (Anexos, pp. 21-22). Por outro lado, ficam registados 31,3% dos inquiridos, com uma avaliação de 100: Independência.

A realidade do CSP2 possui 46,7% de inquiridos com Moderada dependência, 60% dos inquiridos não são totalmente independentes e os restantes 40% são independentes, ao passo que 60% dos inquiridos não são totalmente independentes. Por isso o assistente social do CSP2 disse a este respeito o seguinte: “*São pessoas que têm uma grande fragilidade ao nível de saúde, alguns acamados com um grande grau de dependência, outros há que são menos dependentes fisicamente mas depois emocionalmente têm também um grau de dependência muito elevado*” (Anexos, p. 42).

Em ambos os centros sociais não se verificou a ocorrência de indivíduos avaliados com valores entre 0 e 20: Dependência total.

No conjunto total dos inquiridos (de ambos os centros sociais) observamos que 64,5% dos inquiridos não se encontram totalmente independentes. A tabela demonstra ainda que 45,2% dos



inquiridos são avaliados pelo Índice de Barthel com Moderada dependência. O conjunto dos independentes representa apenas 35,5% (Anexos, pp. 83-84).

Os dados gerados pelo SPSS revelam ainda que a média do valor atribuído por aplicação do Índice de Barthel aos inquiridos do CSP1 foi de 85,31 (o que equivale a Moderada dependência), e que o valor máximo atribuído foi de 100 (Independência) e o valor mínimo foi de 30 (Grave dependência).

Com respeito ao CSP2, os mesmos dados referem que a média do valor atribuído por aplicação do Índice de Barthel aos inquiridos foi de 91,33 (que é o equivalente a Muito leve dependência). Para o CSP2, o valor máximo atribuído foi de 100 (Independência) e o valor mínimo foi de 75 (Moderada dependência). Isto significa que os clientes inquiridos do CSP1 são em média mais dependentes que os do CSP2.

Os dados relativos ao total da amostra, mostram que a média atribuída (à totalidade da amostra) foi de 88,23 (o que equivale a Moderada dependência). O valor máximo atribuído foi de 100 (Independência) e o valor mínimo foi de 30 (Grave dependência) (Anexos, pp. 83-84).

**-Capacidade de decisão:** A capacidade de decisão dos clientes foi estudada por via de três parâmetros/questões diferentes: 1- De quem foi a iniciativa de inscrever o cliente no serviço de apoio domiciliário; 2- Quem gere habitualmente o dinheiro do cliente; 3- A procura de um serviço de apoio domiciliário deveu-se a uma escolha de quem.

Sabemos à partida que foram excluídos da amostra os clientes de serviço de apoio domiciliário cujo perfil possuísse muito diminuta capacidade de decisão (para que pudessem responder ao inquérito por questionário de forma lúcida, coerente e razoável). Desse modo, será de esperar que o presente estudo verifique um padrão de capacidade de decisão mais elevado do que o padrão que na realidade os clientes de serviços de apoio domiciliário efetivamente possuem. Para minorar este problema, importa recorrer à opinião dos informadores qualificados. A este respeito o assistente social do CSP1 refere que:

*“Neste momento, em SAD...não existe propriamente um cliente que não tenha capacidade de decisão decorrente de doença do cérebro... No entanto... necessitam sempre de apoio para as decisões, no que compete principalmente a burocracia. Eles próprios não percebem, não é, o conteúdo, nem sempre têm a informação daquilo que*

*necessitam, solicitam qualquer apoio mas não sabem como, então dependem de terceiros, que acabam por decidir pelos clientes” (Anexos, p. 23).*

O assistente social do CSP2, por seu lado, refere que:

*“Eu diria aqui que a larga maioria dos utentes do apoio domiciliário têm por si só incapacidades para tomadas de decisão e que os familiares atendem a essas decisões, ou seja, decidem pelos próprios utentes muitas vezes olhando também para os próprios interesses ou seja não olhando tanto ao interesse e à necessidade do utente mas à própria necessidade dos familiares. Ou seja, acabam por anular a tomada de decisão do utente perspetivando que essa tomada de decisão que eles acabam por exercer é aquela que prevalece e que é aquela que acaba por ter supremacia em relação até à própria vontade do utente” (Anexos, p. 44).*

Ambas as respostas referem que a família e/ou terceiros acabam comumente por sobrepor a sua vontade sobre a dos clientes.

Figura nº 7: Iniciativa na adesão ao serviço de apoio domiciliário

Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio * escolha a frase que melhor se adequa à sua condição: - Acedi ao serviço de apoio domiciliário, Tabulação cruzada			escolha a frase que melhor se adequa à sua condição: - Acedi ao serviço de apoio domiciliário,				Total
			por iniciativa da instituição que me presta os serviços	por iniciativa de familiares	por iniciativa de outros	por iniciativa própria	
Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio	Centro Social e Paroquial de Santa Catarina	Contagem	3	7	5	1	16
		% em Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio	18,8%	43,8%	31,3%	6,3%	100,0%
		% do Total	9,7%	22,6%	16,1%	3,2%	51,6%
	Centro Social Paroquial da Ameixoeira	Contagem	2	4	1	8	15
		% em Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio	13,3%	26,7%	6,7%	53,3%	100,0%
		% do Total	6,5%	12,9%	3,2%	25,8%	48,4%
Total	Contagem	5	11	6	9	31	
	% em Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio	16,1%	35,5%	19,4%	29,0%	100,0%	
	% do Total	16,1%	35,5%	19,4%	29,0%	100,0%	

A figura nº 7 reporta ao primeiro aspeto da análise da capacidade de decisão dos elementos da amostra. Este aspeto reflete a questão da iniciativa para a tomada de grandes decisões na vida dos clientes. Por conseguinte, foi pedido a cada inquirido que completasse a seguinte frase: “*acedi ao serviço de apoio domiciliário*” usando as seguintes opções: “*por iniciativa própria*”, “*por iniciativa de familiares*”, “*por iniciativa da instituição que me presta assistência*”, ou “*por iniciativa de outros*” (Anexos, p. 5).

A figura nº 7 expõe os resultados obtidos. No caso do CSP1 apenas 1 dos inquiridos referiu ter acedido ao serviço de apoio domiciliário por sua iniciativa (6,3%). 43,8% dos inquiridos referiram que foram os seus familiares a tomar a iniciativa, e 31,3% referiram que foram outros (que não os familiares ou a instituição que presta serviços) a tomar essa iniciativa.

Por seu lado no CSP2 53,3% dos inquiridos declaram ter tomado a iniciativa para contratar os serviços. Na totalidade da amostra, 29% dos inquiridos admitem ter tomado a iniciativa para a contratação do serviço de apoio domiciliário. Outros 35% dos inquiridos declararam ter sido os seus familiares a tomar essa iniciativa.

Figura nº 8: Gestão do dinheiro dos inquiridos

**Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio \* Quem gere habitualmente o seu dinheiro, realizando os pagamentos, administrando as suas contas e gerindo o orçamento** **Tabulação cruzada**

			Quem gere habitualmente o seu dinheiro, realizando os pagamentos, administrando as suas contas e gerindo o orçamento		Total
			familiares	próprio	
Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio	Centro Social e Paroquial de Santa Catarina	Contagem	6	10	16
		% em Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio	37,5%	62,5%	100,0%
		% do Total	19,4%	32,3%	51,6%
	Centro Social Paroquial da Ameixoeira	Contagem	5	10	15
		% em Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio	33,3%	66,7%	100,0%
		% do Total	16,1%	32,3%	48,4%
Total		Contagem	11	20	31
		% em Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio	35,5%	64,5%	100,0%
		% do Total	35,5%	64,5%	100,0%

A figura nº 8 reporta ao segundo aspeto da análise da capacidade de decisão dos elementos da amostra. Este aspeto reflete a questão da gestão do património dos clientes. A este respeito, 62,5% dos inquiridos do CSP1, referiram que são os próprios que fazem a gestão do seu dinheiro, ao passo que os restantes 37,5% referiram que essa gestão é realizada pelos familiares.

No CSP2 as respostas foram muito semelhantes: 66,7% dos inquiridos referiram que são os próprios a realizar a gestão do seu dinheiro, ao passo que os restantes 33,3% referiram que essa gestão é realizada pelos seus familiares.

Na totalidade, a amostra possui 64,5% dos inquiridos referindo que são os próprios a realizar a gestão do seu dinheiro, ao passo que os restantes 35,5% referem que essa gestão é realizada pelos seus familiares.

Analiseemos agora os dados do terceiro aspeto da análise da capacidade de decisão dos elementos da amostra: o modo como foi realizada a procura do serviço de apoio domiciliário. Este aspeto reflete a questão da escolha face a decisões fundamentais na vida dos clientes. Nesse sentido, foi colocada a seguinte pergunta aos elementos da amostra: *“a procura de um serviço de apoio domiciliário deveu-se a uma escolha pessoal sua ou a uma opção/escolha de outrem?”* (Anexos, p. 6). Os resultados das respostas revelam que: no CSP1, 43,8% dos inquiridos afirmaram que a procura de um serviço de apoio domiciliário foi escolha de familiares.

Apenas 25% dos inquiridos afirmou ter sido essa a sua decisão. 68,7% dos inquiridos não recorreram ao serviço de apoio domiciliário por decisão própria. 18,8% dos inquiridos afirmaram que essa foi uma opção de outros (mas que não são nem a sua família nem o CSP1). Por seu turno, no CSP2, 53,3% dos inquiridos afirmaram que a procura de um serviço de apoio domiciliário foi feita por via de uma escolha pessoal. 33,3% dos inquiridos afirmou ter sido sua uma escolha de familiares. 46,6% dos inquiridos não recorreram ao serviço de apoio domiciliário por decisão própria (Anexos, p. 85).

Por fim, os valores associados à globalidade da amostra, revelam que 38,7% dos inquiridos afirmaram que a procura de um serviço de apoio domiciliário foi escolha de familiares. Outros 38,7% dos inquiridos, afirmou ter sido sua essa decisão. contudo 58,1% dos inquiridos não recorreram ao serviço de apoio domiciliário por decisão própria (Anexos, p. 85).

**-Cuidador informal – Responsabilidades:** Quanto à existência de um cuidador informal, os dados gerados no SPSS afirmam que quanto ao CSP1, oito de 16 dos inquiridos (50%) não possuem cuidador informal. 25% dos inquiridos do CSP1 afirmaram que a sua filha é a sua

principal cuidadora. Estes dados parecem ser contrariados pelas declarações da assistente social deste centro social, contudo, isso deve-se ao facto da profissional considerar como cuidadores informais apenas os cuidadores remunerados que trabalham por conta própria (Anexos, p. 22).

Estes valores alteram-se quando observamos os dados do CSP2: neste centro social 93% dos inquiridos não possui cuidador informal. Apenas um dos inquiridos afirmou que o seu cônjuge é o seu principal cuidador. Tais dados não se coadunam com a sensibilidade do assistente social do CSP2, o qual afirma que: *“A grande maioria dos utentes tem a nível do cuidador principal, a mulher, o marido ou algum filho ou nora mais próximos, são digamos estes os cuidadores principais que acompanham mais os utentes”* (Anexos, p. 42).

Os dados associados à globalidade da amostra mostram que 71% dos inquiridos afirma não possuir cuidador informal, e que 12,9% afirmam que as suas filhas são as suas cuidadoras informais.

Quanto ao tipo de cuidados prestados pelos cuidadores informais, a assistente social do CSP1 descreve-os do seguinte modo:

*“(...)Portanto... aplica-se no apoio instrumental, a alimentação, a higiene...e vestir; apoio emocional também...devido à solidão necessitam deste apoio para além de nós; também acontece apoio nas decisões que lhes dizem respeito, isto sempre articulado comigo, com o meu conhecimento; outros, poderemos aplicar aqui também a questão de...de alguma compra”* (Anexos, pp. 22-23).

Os dados fornecidos pela análise estatística também descrevem os principais cuidados que o cuidador informal presta ao serviço de cada inquirido. (Importa perceber que os dados que se descrevem de seguida dizem apenas respeito aos inquiridos que possuem cuidador informal). Assim sendo, no CSP1, 25% dos inquiridos afirmaram que as principais tarefas que o cuidador informal lhe presta são apenas tarefas de apoio instrumental. Outros 25% referiram que as principais tarefas que o cuidador informal lhe presta vão além do apoio instrumental. Trata-se também de apoio emocional e apoio ao nível das decisões que os inquiridos têm de tomar nas suas vidas.

O único inquirido do CSP2 que possui cuidador informal declarou que as principais tarefas que este lhe presta são: apoio instrumental, apoio ao nível das decisões que o inquirido tem de tomar na sua vida, e ainda, apoio financeiro.

No conjunto da amostra, o apoio instrumental é destacado em mais de 70% dos casos. O apoio na tomada de decisões, também é destacado em mais de 50% dos casos (Anexos, pp. 89-90).

### **3- Participação do cliente nas decisões profissionais:**

Por forma a dar resposta à pergunta de partida procedemos à caracterização da participação dos clientes na intervenção, de acordo com o ponto de vista dos clientes. Procede-se assim ao relato dos resultados do estudo, primeiramente mediante a análise da dimensão do perfil; de seguida, mediante a análise da dimensão dos recursos do SAD; e por fim mediante a análise da dimensão da intervenção do Serviço Social como promotora de participação. Todo o ponto 3 se encontra ainda orientado para a prossecução do terceiro e último objetivo do presente estudo (o qual consiste na Identificação de perfis de participação das pessoas idosas tendo em conta a sua capacidade de decisão, nível de integração na comunidade, e os recursos disponíveis para satisfazer a sua vontade). A interpretação dos dados que se revelam em todo o ponto 3 não permitiu destacar vários perfis de participação. Contudo, os dados mostram o perfil geral de participação dos clientes inquiridos.

#### **3.1- A dimensão do perfil como promotor de participação:**

Procede-se à análise de dados dos testes que cruzam variáveis que fazem parte da dimensão “perfil” (do modelo de análise), com variáveis que possuem relação direta com a participação dos clientes nas decisões profissionais inerentes à intervenção social. O objetivo deste processo é sobretudo verificar se existem relações entre o perfil dos clientes e a sua participação na intervenção.

As variáveis escolhidas para representar a dimensão “perfil” foram: Dependência (onde se tomou em consideração a maneira como o cliente acedeu ao serviço de apoio domiciliário e o seu grau de dependência); Situação familiar (ou seja: estrutura familiar do inquirido); Escolaridade – Literacia; Aposentação – Reforma (ou seja: o valor da reforma); (Anexos, p. 183).

Para representar a participação do cliente na intervenção foram observados os resultados das seguintes questões do inquérito por questionário:

*“No momento da admissão, considera ter consentido de livre vontade que lhe prestassem os serviços?(...); No momento da admissão, considera ter tido a possibilidade de escolher os serviços*



*desejados?(...); Alguma vez o(a) assistente social falou consigo sobre o planeamento da intervenção ou sobre o seu plano de desenvolvimento individual ou sobre o seu plano individual? (...); Durante todo o período da intervenção do serviço de apoio domiciliário têm havido meios de comunicar as suas opiniões ao(s) responsável(eis) pela intervenção(...); Tem participado na avaliação periódica da intervenção?(...)” (Anexos, pp. 6-7).*

Os resultados são apresentados de seguida; note-se que foram omitidos os resultados sem relevância para o estudo. Todavia, todos os resultados dos testes podem ser consultados no anexo nº 12: Testes – SPSS.

A maioria dos testes realizados neste âmbito apresentaram resultados demasiado vagos para ser possível criar associações entre o perfil e a participação dos inquiridos. Apresentam-se de seguida algumas exceções:

Na análise da dependência, vemos que no CSP1, 37, 5% dos inquiridos acederam ao serviço de apoio domiciliário por iniciativa de familiares e afirmam que o assistente social nunca falou com eles sobre o planeamento da intervenção, nem sobre o plano de desenvolvimento individual ou plano individual (Anexos, p. 93). Estes dados sugerem uma ligeira ligação entre um aspeto revelador de menor independência (isto é: o facto de não ter sido por iniciativa própria que o inquirido contratou os seus serviços) e um aspeto revelador de menor participação na intervenção social.

Por seu lado, no CSP2, 33,3% dos inquiridos acederam ao serviço de apoio domiciliário por sua iniciativa e consideram que no momento da admissão tiveram a possibilidade de escolher os serviços desejados (Anexos, p. 105). Desta vez, os dados sugerem uma ligação entre estes dois aspetos - um é revelador de maior autonomia; o outro é revelador de maior participação na intervenção social.

Outro teste nesta área da dependência, demonstra uma ligeira ligação entre o acesso ao serviço de apoio domiciliário por iniciativa de familiares e considerar que durante o período da intervenção, tem havido meios de comunicar opiniões aos responsáveis pela intervenção. No contexto deste teste, 32,3% dos inquiridos da amostra declararam que acederam ao serviço de apoio domiciliário por iniciativa de familiares e consideraram que durante o período da intervenção, tem havido meios de comunicar opiniões aos responsáveis pela intervenção (Anexos, p. 120).

Todavia, estes resultados parecem ser apenas uma consequência de alguns inquiridos terem simplesmente acedido aos serviços por iniciativa dos seus familiares, podendo não se tratar propriamente de uma tendência.

Se analisarmos os dados dos testes que abordam o grau de dependência propriamente dito, os dados mostram que, as respostas não apresentam alterações significativas quando se altera o grau de dependência do(s) inquirido(s) (Anexos, pp. 95-97. 108-110. 121-123). Não foi possível provar a existência de uma ligação entre o grau de dependência e a participação.

O SPSS confrontou o grau de dependência de cada inquirido com a sua perceção acerca da possibilidade de escolher os serviços contratados no momento da admissão.

No CSP1 as respostas não mostram qualquer tendência. O dado mais relevante foi o seguinte: 31,3% dos inquiridos deste centro social possuíam moderada dependência e consideraram que não tiveram a possibilidade de escolher os serviços (Anexos, p. 96). Ainda assim este valor mostra apenas uma relação fraca entre os acontecimentos.

No CSP2 as respostas dos inquiridos demonstram ainda menor possibilidade de existir uma relação, uma vez que nenhuma das combinações chegou sequer a reunir um terço das respostas (Anexos, p. 109).

Ao analisarmos as respostas de ambos os centros sociais (juntos), vemos que esta tendência não se altera. Foi necessário reunir todos os inquiridos com algum grau de dependência e que responderam que não consideravam que tiveram a possibilidade de escolher os serviços para reunir 35,5% das respostas (Anexos, p. 122).

Registou-se outra exceção no contexto da pergunta: “*Tem participado na avaliação periódica da intervenção?*” (Anexos, p. 7), onde no CSP1 não encontrámos dados relevantes, mas por seu lado, no CSP2 vemos que um terço (33,3%) dos inquiridos que são independentes afirmam que participam regularmente da avaliação da intervenção, ao passo que apenas um nono (11,1%) do total dos inquiridos dependentes afirmam o mesmo (Anexos, p. 110).

Esta tónica ganha maior expressão quando analisamos os dados de ambos os centros sociais conjuntamente. Nesse âmbito observa-se que apenas 10% dos inquiridos dependentes afirmaram participar da avaliação periódica da intervenção. Todavia este valor sobe ligeiramente, para os 27,3% quando analisamos os dados dos inquiridos independentes.

Do mesmo modo se observa que 85% dos inquiridos dependentes declararam não participar da avaliação, ao passo que este valor decresce para 63,6% quando se trata de inquiridos independentes (Anexos, p. 123).

Os dados sugerem que a dependência pode ser um fator com relativa influência na participação ativa do cliente na avaliação da intervenção, (e por isso na participação).



Outra ligação demonstrada pelos dados gerados pelo SPSS ocorreu no âmbito das habilitações literárias:

Figura nº 9: CSP2. Tabulação cruzada: Habilitações cruzadas \* possibilidade de escolher os serviços desejados

no momento da admissão, considera ter tido a possibilidade de escolher os serviços desejados (trabalhado) * Habilitações literárias Tabulação cruzada									
			Habilitações literárias						Total
			4.ª Classe	6.º Ano ou antigo ciclo preparatório	9.º Ano (antigo 5.º ano)	curso de construção civil (não superior)	Menos que a antiga quarta classe	Não sabe ler ou escrever	
no momento da admissão, considera ter tido a possibilidade de escolher os serviços desejados (trabalhado)	considera que não	Contagem	2	1	0	0	2	1	6
		% em Habilitações literárias	33,3%	33,3%	0,0%	0,0%	66,7%	100,0%	40,0%
		% do Total	13,3%	6,7%	0,0%	0,0%	13,3%	6,7%	40,0%
	considera que sim	Contagem	4	2	1	1	0	0	8
		% em Habilitações literárias	66,7%	66,7%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	53,3%
		% do Total	26,7%	13,3%	6,7%	6,7%	0,0%	0,0%	53,3%
	não sabe ou não se recorda	Contagem	0	0	0	0	1	0	1
		% em Habilitações literárias	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	6,7%
		% do Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%	0,0%	6,7%
	Total	Contagem	6	3	1	1	3	1	15
		% em Habilitações literárias	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	40,0%	20,0%	6,7%	6,7%	20,0%	6,7%	100,0%

Apesar de no CSP1 não ser possível verificar qualquer ligação, no CSP2 os dados sugerem que os inquiridos que possuem maior escolaridade tiveram maior propensão para considerar que no momento da admissão lhes foi possível escolher os serviços por eles desejados. Os dados mostram que cinco em dez dos inquiridos que possuem a quarta classe ou menos (isto é: 50% destes inquiridos e 33,5% dos inquiridos do CSP2) referiram que tiveram a possibilidade de escolher os serviços desejados. Por seu turno, três em quatro dos inquiridos que possuem mais escolaridade que a quarta classe (isto é: 75% destes inquiridos e 20,1% dos inquiridos do CSP2) referiram o mesmo (Anexos, p. 110).

Por seu lado, se analisarmos os dados de ambos os centros sociais, vemos que esta diferença se torna bem menos evidente (Anexos, p. 124).

Já no âmbito da comparação do valor da reforma dos inquiridos com as respostas às questões diretamente ligadas à participação, o SPSS revelou alguns dados que merecem atenção:

Entre os inquiridos do CSP1, os únicos dois inquiridos que consideram que têm participado na avaliação periódica da intervenção são também os que auferem maior pensão. Todavia estes inquiridos representam apenas 12,6% da totalidade dos inquiridos do CSP1 – é pouco significativo para que se possa estabelecer uma ligação (Anexos, p. 101).

Por seu lado, no âmbito do CSP2, se considerarmos os inquiridos que auferem mais de 281 € por mês, vemos que 63,64% destes inquiridos afirmam ter tido a possibilidade de escolher (no momento da admissão) os serviços desejados. Por seu lado, se considerarmos os inquiridos que auferem menos que 281 € por mês vimos que apenas 25% destas pessoas considera ter tido a possibilidade de escolher os serviços (Anexos, p. 114).

Por fim, o SPSS gerou ainda dados relevantes, ao analisar os dados relativos ao tipo de estrutura familiar conjuntamente com os dados relativos às questões que possuem ligação direta com a participação: No CSP1, 37,5% dos inquiridos (mais de um terço) vivem sós e consideram que não tiveram a possibilidade de escolher os serviços desejados no momento da admissão. Outros 18,8% consideram o mesmo, mas vivem com familiares que não são os seus filhos ou seus cônjuges. Isto significa que 56,3% dos inquiridos que não vivem com seus filhos ou seus cônjuges, consideram que não tiveram a possibilidade de escolher os serviços desejados no momento da admissão (Anexos, p. 102). Estes dados sugerem uma ligação entre a solidão (viver só), e a coabitação com familiares que não são os cônjuges ou os filhos, com a impossibilidade de escolher os serviços desejados no momento da admissão.

Mesmo referindo estas exceções, convém salientar novamente que a grande maioria dos testes que procuram relacionar o perfil com a participação, apresentaram resultados demasiado vagos para ser possível criar associações entre o perfil e a participação dos inquiridos. Estes dados sugerem a impossibilidade de realizar este tipo de associações por via de um estudo com as características do presente estudo, onde se estudam apenas dois centros sociais e apenas se pode contar com as respostas de 31 inquiridos.

### **3.2- A dimensão dos recursos do SAD como promotores de participação:**

Procede-se de seguida à análise dos dados referentes à dimensão dos recursos do serviço de apoio domiciliário, os quais dizem respeito aos serviços que esta valência presta. Por via dos inquéritos por questionário foi possível aferir a frequência com que cada um dos inquiridos utilizou os serviços disponibilizados por ambos os centros sociais. Neste ponto descreve-se os resultados

dos testes do programa SPSS relativos à utilização dos serviços. Por fim, descreve-se também os resultados de testes que foram realizados de modo a procurar compreender a influência que esta dimensão acarreta para a participação dos inquiridos na intervenção social.

Começamos por expor os dados mais relevantes face aos serviços contratados pelos inquiridos. (A totalidade dos dados pode ser consultada no anexo nº 12: Testes – SPSS).

Os dados fornecidos pelo SPSS revelam que os serviços mais utilizados entre os inquiridos são: em primeiro lugar, o fornecimento e apoio nas refeições (25 dos 31 inquiridos possuem este serviço), de seguida a higiene habitacional (17 dos 31 inquiridos possuem este serviço), e em terceiro lugar, o serviço de cuidados de higiene e conforto pessoal (15 dos 31 inquiridos possuem este serviço).

Destaca-se a este respeito no âmbito CSP1 os serviços: fornecimento e apoio nas refeições (81,3% dos inquiridos possuem este serviço); cuidados de higiene e conforto pessoal (56,3% dos inquiridos possuem este serviço); higiene habitacional (50% dos inquiridos possuem este serviço).

Por sua vez no CSP2 destacam-se os seguintes serviços: fornecimento e apoio nas refeições (80% dos inquiridos possuem este serviço); higiene habitacional (60% dos inquiridos possuem este serviço). Quando comparados ambos os centros sociais, vemos que no caso do CSP2 os inquiridos procuram mais o serviço de higiene habitacional e menos os cuidados de higiene e conforto pessoal (Anexos, pp. 131-132).

Estes dados estão de acordo com a opinião dos assistentes sociais, os quais responderam o seguinte (a propósito dos serviços mais procurados): “*Alimentação...e cuidados de higiene e conforto pessoal*”(Anexos, p. 31) e “(...)Centram-se muito ao nível da *alimentação e da higiene pessoal e habitacional*” (Anexos, p. 46).

Após o levantamento dos serviços requeridos por cada inquirido, o inquérito por questionário perguntava também aos inquiridos qual o grau de participação e decisão que estes consideravam possuir no âmbito desses mesmos serviços.

Figura nº 10: grau de participação e decisão associado aos cuidados prestados pelos serviços de apoio domiciliário aos inquiridos

qual o grau de participação e decisão que considera possuir em cada um dos cuidados que recebe					
			quais os cuidados que recebe e qual o grau de participação e decisão que considera possuir em cada um dos cuidados que recebe		Total
			elevado	moderado	
Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio	Centro Social e Paroquial de Santa Catarina	Contagem	16	0	16
		% em Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio	100,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	51,6%	0,0%	51,6%
	Centro Social Paroquial da Ameixoeira	Contagem	14	1	15
		% em Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio	93,3%	6,7%	100,0%
		% do Total	45,2%	3,2%	48,4%
Total	Contagem	30	1	31	
	% em Nome da instituição que lhe presta serviços de apoio no domicílio	96,8%	3,2%	100,0%	
	% do Total	96,8%	3,2%	100,0%	

A figura nº 10 refere os resultados obtidos. As respostas foram surpreendentes. No CSP1 todos os inquiridos sem exceção responderam que o seu grau de participação e decisão era elevado em todos os serviços que recebiam.

No CSP2 as respostas foram muito semelhantes. Apenas um dos inquiridos afirmou que o seu grau de participação e decisão era moderado.

O CSP1 apresenta um grau de participação e decisão apenas ligeiramente superior ao CSP2.

Entre ambos os centros sociais, ninguém mencionou ter baixo grau de participação e decisão (Anexos, p. 140).

Estas respostas são muito relevantes para compreendermos como os inquiridos sentem a sua participação no âmbito do serviço de apoio domiciliário que os assiste. Afinal, esta era a pergunta mais direta do inquérito no que respeita à participação. As respostas revelam sem margem para dúvidas que os inquiridos se consideram participantes e respeitados no âmbito da intervenção

social. No entanto, eles não deixam de apontar sérias fragilidades a este respeito no âmbito de outras questões do inquérito por questionário. Essas fragilidades vão tornar-se bem explícitas, sobretudo no ponto 3.3 do presente capítulo.

A análise prossegue com informações relativas ao tempo despendido pelos serviços de apoio domiciliário prestando os serviços requeridos a cada inquirido. A esse respeito, os SPSS demonstra o seguinte: No âmbito do CSP1, os inquiridos recebem em média 19h e 41m de serviço por semana. A moda registada foi: 3,75 (ou seja, 3h e 45m). O valor mínimo registado foi 3,33 (ou seja, cerca de 3h e 20m), e o valor máximo registado foi 168 (a totalidade das horas de uma semana) (Anexos, pp. 150-151). Como o serviço de tele-assistência foi considerado um serviço permanente, foi atribuído aos inquiridos que possuem este serviço o número máximo de horas semanais (168). Por seu lado, no âmbito do CSP2, constatou-se que os inquiridos deste centro social recebem em média 29h e 9m de serviço por semana. A moda registada foi: 3,75 (ou seja, 3h e 45m). O valor mínimo registado foi 1,33 (ou seja, cerca de 1h e 20m), e o valor máximo registado foi igualmente de 168h (Anexos, pp. 150-151).

Por fim, se olharmos à totalidade da amostra, vemos que os inquiridos recebem em média 24h e 16m de serviço por semana. A moda registada foi: 3,75 (ou seja, 3h e 45m).

O valor mínimo registado foi 1,33 (ou seja, cerca de 1h e 20m), e o valor máximo registado foi 168 (a totalidade das horas de uma semana) (Anexos, pp. 150-151).

A análise da dimensão dos recursos do serviço de apoio domiciliário, prossegue com a análise de testes que cruzam as variáveis que compõem esta dimensão com variáveis que possuem relação direta com a participação dos clientes nas decisões profissionais inerentes à intervenção social. Desta vez, o objetivo deste processo é sobretudo a verificação da existência de relações entre os recursos utilizados pelos clientes e a sua participação na intervenção.

As variáveis escolhidas para representar a dimensão “Recursos: Serviço de Apoio Domiciliário e outros da rede social” foram os serviços prestados pelo serviço de apoio domiciliário (Anexos, p. 183).

Para representar a participação do cliente na intervenção foram observados os resultados obtidos nas mesmas questões escolhidas no ponto 3.1 do presente capítulo.

Os resultados são apresentados de seguida; note-se que foram omitidos os resultados sem relevância para o estudo. Todavia, todos os resultados dos testes podem ser consultados no anexo nº 12: Testes – SPSS.

Dentre os testes realizados neste contexto, apenas os testes que cruzam o tipo de serviços recebidos pelos inquiridos com a questão: “*No momento da admissão, considera ter tido a possibilidade de escolher os serviços desejados?*” (Anexos, p. 6), é que revelaram valores passíveis de demonstrar a existência de uma ligação entre as variáveis.

Todos os demais testes realizados a este propósito demonstram que os valores ocorridos não estão associados aos serviços que os inquiridos recebem. Os dados revelam uma distribuição quase sempre homogênea das respostas perante os tipos de serviços prestados (Anexos, pp. 152-159). Esta situação ocorre quer no CSP1 como no CSP2, mostrando não haver relação entre o tipo de serviços prestados aos inquiridos e a sua participação.

Procede-se à análise da situação excecional referida acima: Primeiramente, no CSP1 vemos sobressair o serviço de higiene pessoal. Os dados gerados pelo SPSS mostram que neste centro social, sete dos nove dos inquiridos que possuem este serviço (isto é: 77%), também afirmaram não terem tido a possibilidade de escolher os serviços desejados no momento da admissão (Anexos, p. 135). Outros serviços que também sobressaem são: o serviço de fornecimento e acompanhamento nas refeições, onde oito em treze dos inquiridos que possuem este serviço (isto é: 62%), também afirmaram não ter tido a possibilidade de escolher os serviços desejados; e ainda o serviço de higiene habitacional, onde seis em oito dos inquiridos que possuem este serviço (isto é: 75%) também afirmaram o mesmo (Anexos, p. 135).

Posteriormente, no CSP2 vemos sobressair exatamente os mesmos serviços. O serviço de higiene pessoal, com três em cinco dos inquiridos que possuem este serviço (isto é: 60%), afirmando também que não tiveram a possibilidade de escolher os serviços desejados no momento da admissão; bem como, o serviço de fornecimento e acompanhamento nas refeições, com cinco em oito dos inquiridos que possuem este serviço (isto é: 63%), afirmando também que não tiveram a possibilidade de escolher os serviços desejados no momento da admissão; por fim, o serviço de higiene habitacional, com dois em seis dos inquiridos que possuem este serviço (isto é: 33,3%), afirmando que não tiveram a possibilidade de escolher os serviços desejados (Anexos, p. 140).

Se olharmos para os valores de ambos os centros sociais juntos, vemos a mesma tendência por via dos mesmos serviços: O serviço de higiene pessoal, com nove em 15 dos inquiridos que possuem este serviço (isto é: 60%), afirmando que não foi possível escolher os serviços; o serviço de fornecimento e acompanhamento nas refeições, com 13 em 23 dos inquiridos que possuem este serviço (isto é: 57%), afirmando o mesmo; por fim, o serviço de higiene habitacional, com sete em



16 dos inquiridos que possuem este serviço (isto é: 44%), afirmando exatamente o mesmo (Anexos, p. 145).

Em contraponto acrescento que apesar dos valores apresentados nos mostrarem que a maioria dos inquiridos que possuem estes serviços também consideram não ter tido a possibilidade de escolher os serviços desejados, também é preciso referir que também existem inquiridos que possuem os mesmos serviços e que, pelo contrário, afirmaram ter tido a possibilidade de escolher os serviços. Ficamos na dúvida se acaso estamos diante de uma real ligação entre estes serviços (que são porventura os que se associam a maior dependência) com a impossibilidade de escolha dos serviços no momento da admissão, ou se de facto estes valores ocorrem tão somente porque estes são também os serviços mais requeridos pelos inquiridos.

### **3.3- A dimensão da intervenção do Serviço Social como promotora de participação:**

O segundo objetivo do presente estudo consiste em: Caracterizar a intervenção do profissional de serviço social na perspetiva do cliente (de modo a compreender de que forma é considerada a vontade do cliente, tendo como referência as necessidades (do cliente), e as possibilidades do serviço de apoio domiciliário). Assim sendo, procede-se à análise de dados relativos à intervenção social levada a cabo pelos assistentes sociais em ambos os serviços de apoio domiciliário.

O texto que se segue procura debruçar-se sobre os dados mais relevantes face ao objetivo que se pretende atingir. Todavia, a totalidade dos dados pode ser consultada no anexo nº 12: Testes – SPSS.

Começamos por analisar as questões relativas ao consentimento informado: Os inquiridos foram submetidos à seguinte pergunta: “*no momento da admissão, considera ter tido a informação suficiente sobre o serviço de apoio domiciliário?*” (Anexos, p. 5).

Os dados gerados pelo SPSS expõem que no CSP1, 81,3% dos inquiridos, afirmaram ter recebido informação suficiente. Apenas 12,5% afirmaram o contrário.

Já no CSP2, 66,7% dos inquiridos, afirmaram ter recebido informação suficiente. Ao passo que 12,5% afirmaram o contrário.

Dos resultados associados à globalidade da amostra 74,2% dos elementos afirmaram ter recebido informação suficiente. Porém, 19,4% afirmaram o contrário (Anexos, p. 160).

A este respeito, os assistentes sociais entrevistados garantem que este tipo de informação é fornecida:

*“(...)Sim, é...é dada a informação suficiente, porque eu explico o funcionamento da instituição e que recursos é que temos, ao cliente e aos familiares também, e também lhes é dado uma fotocópia do regulamento interno SAD, (...). Depois eles também fazem muitas perguntas e eu...e eu respondo; tenho sempre o cuidado de perguntar se...se...se ficou bem esclarecido (...)” (Anexos, p. 37).*

O inquérito por questionário perguntou também aos inquiridos se estes consentiram de livre vontade na prestação dos serviços por parte dos serviços de apoio domiciliário. Em ambos os centros sociais, 100% dos inquiridos consideram que consentiram de livre vontade que lhes prestassem os serviços (Anexos, p. 161). Ainda assim, o assistente social do CSP1 referiu o seguinte a este respeito:

*“Nem sempre. Portanto, eles admitem que necessitam, mas que poderá ser só de vez em quando...por exemplo, em relação aos banhos...há clientes que necessitam de ter banho todos os dias, outros duas vezes ou três vezes por semana, depende de caso a caso, e há clientes que dizem que só uma vez, só uma vez chega. E a alimentação também, tenho...tenho utentes que ainda estão um bocadinho autónomos para confeccionar, mas que já se colocaram em risco uma ou outra vez porque deixaram queimar a comida, e a família pede-nos ajuda nesse sentido, mas principalmente as senhoras não...não estão logo muito convencidas, portanto, aceitam, mas não é a 100% livre vontade... (...) ...é só nestes pequeninos aspetos, porque é difícil perderem a autonomia, não é...” (Anexos, p. 38).*

A análise prossegue visando os dados relativos à seguinte questão: *“No momento da admissão, considera ter tido a possibilidade de escolher os serviços desejados?”* (Anexos, pp. 6-7). Os dados mostram que no CSP1, 68,8% dos inquiridos afirmam que não tiveram hipótese de escolher os serviços. Apenas 25% considera que lhe foi concedida essa possibilidade. Já no CSP2, 40% dos inquiridos afirmam que não tiveram hipótese de escolher os serviços. 53,3% dos inquiridos consideram que lhes foi concedida essa possibilidade (Anexos, pp. 162-163). Estes valores mostram que grande parte das vezes os inquiridos não participaram da escolha dos seus próprios serviços. Alguém o fez por eles.



Apesar destes dados, os assistentes sociais responsáveis pela intervenção, têm uma noção muito diferente acerca do assunto. O assistente social do CSP1 referiu o seguinte: *“Sim... Sim, eles podem escolher os serviços desejados...embora possam necessitar, nós não queremos impor, (...). Portanto, há serviços que eles necessitam, mas têm a liberdade de prescindir...não podemos obrigar(...)”* (Anexos, p. 38).

Prosseguimos com a análise da seguinte pergunta: *“No momento da admissão, foi celebrado, entre si e a instituição, um contrato de prestação de serviços?”* (Anexos, p. 6). No CSP1, as respostas mostram que 37,5% dos inquiridos afirmam que no momento da admissão não foi celebrado com eles qualquer contrato de prestação de serviços. No mesmo centro social 50% dos inquiridos declararam ter celebrado um contrato de prestação de serviços. Por seu turno, no CSP2, a situação diverge: 60% dos inquiridos afirma que no momento da admissão não foi celebrado com eles um contrato de prestação de serviços. Apenas um terço declara ter realizado contrato.

Na sua totalidade, a amostra possui 48,4% de elementos que afirmam ter realizado um contrato de prestação de serviços. Todavia, 41,9% afirmam que não realizaram qualquer contrato (Anexos, pp. 163-164). Os valores sugerem que muitas vezes este procedimento terá sido negligenciado. Contudo, essa não é a opinião dos assistentes sociais entrevistados. O assistente social do CSP2 referiu o seguinte: *“(...)Não exatamente no momento da admissão mas assim que o utente entre nos serviços sim”* (Anexos, p. 51). Por seu lado, o assistente social do CSP1 afirmou o seguinte: *“(...)Sim. Onde nós temos mencionado o que fazemos em domicílio e local, mais ou menos o horário pelo qual é prestado o serviço (...)* (Anexos, p. 39).

A próxima pergunta em análise é a seguinte: *“Alguma vez o(a) assistente social falou consigo sobre o diagnóstico da sua situação?”* (Anexos, p. 7). A este propósito, os dados gerados mostram que no âmbito do CSP1, 87,5% dos inquiridos afirmam que o assistente social nunca falou com eles a esse respeito. Apenas um dos inquiridos (isto é: 6,3%) afirmou que o assistente social terá falado com ele acerca do diagnóstico da sua situação social. A realidade do CSP2 é semelhante: 80% dos inquiridos afirmam que o assistente social nunca falou com eles a esse respeito. Apenas os restantes 20% afirmaram que o assistente social terá falado com ele acerca do assunto. Na totalidade da amostra, 83,9% dos inquiridos afirmam que o assistente social nunca falou com eles a respeito do diagnóstico da sua situação. Apenas 12,9% afirmaram que o assistente social terá falado com eles acerca do assunto (Anexos, pp. 165-166). Tratam-se por isso de dados muito esclarecedores face à pouca participação dos inquiridos a respeito do diagnóstico da sua situação social.

Ainda assim, é preciso referir que esta não é a perceção dos assistentes sociais. O assistente social do CSP1 refere o seguinte a este respeito:

*“(...) Convém articular a informação com a técnica que encaminha, com os familiares, ou cuidadores informais, empregada doméstica, ou só apenas com o cliente, e verificação da situação habitacional, até da parte física e mental, (...) portanto...preocupa-me sempre envolver e quero que o cliente perceba...perceba a situação em que esteja...que ele manifeste o que está a sentir, o que é que necessita...para ver se nós somos a resposta mais adequada também” (Anexos, p. 33).*

A participação dos inquiridos no planeamento da intervenção também foi foco de análise. O SPSS gerou dados que nos permitem afirmar que: no âmbito do CSP1, 81,3% dos inquiridos afirmam que o assistente social nunca falou com eles a propósito do planeamento da intervenção, PDI ou PI. Apenas 18,8% dos inquiridos declararam que o assistente social efetivamente falou a esse respeito. Por seu lado, no âmbito do CSP2, 86,7% dos inquiridos afirmam que o assistente social nunca falou com eles a propósito destes assuntos. (Apenas 13,3% declarou que o assistente social efetivamente falou com os inquiridos a esse respeito).

De entre os elementos da totalidade da amostra, menos de um sexto terá falado com o assistente a propósito do planeamento da intervenção, PDI ou PI.

83,9% dos inquiridos afirmou que nunca falou com o assistente social a propósito desses assuntos (Anexos, pp. 164-165). São números reveladores da baixa participação dos clientes no planeamento da intervenção.

A opinião do assistente social do CSP2 é bem diversa. Este afirma o seguinte:

*“(...) o plano individual é assente naquilo que são os serviços contratualizados pelo utente e de acordo com aquilo que o próprio utente ou um familiar por ele demonstra que tem necessidade. Ao nível do plano de desenvolvimento individual existe toda uma espinha dorsal construída pela instituição também partindo do pressuposto e validado posteriormente pelo utente daquele que é o plano de desenvolvimento individual em que o utente usufrui dos serviços do centro” (Anexos, p. 48).*

O inquérito por questionário incluía também a seguinte questão: “*Durante todo o período da intervenção do serviço de apoio domiciliário têm havido meios de comunicar as suas opiniões ao(s) responsável(eis) pela intervenção, (...) ?*” (Anexos, p. 7). A este respeito os dados demonstram que no caso do CSP1, 93,8% dos inquiridos considera haver meios para realizar reclamações e comunicar opiniões com os responsáveis da intervenção. No CSP2 os valores são semelhantes: 86,7% dos inquiridos consideram o mesmo. Apenas 6,7% dos inquiridos pensa de forma contrária (Anexos, pp. 167-168). Tais dados revelam que a possibilidade de comunicação entre os inquiridos e o assistente social encontra-se quase sempre assegurada. A existência de meios de comunicação é fundamental para que seja possível participar da intervenção.

Quanto às diferentes formas que os inquiridos utilizam para realizar as suas reclamações e sugestões, dos inquiridos do CSP1, apenas 25,1% considera que a comunicação com o assistente social tem sido um meio para a realização de reclamações e sugestões. Destaca-se a família como o meio mais utilizado para tal (56,3%).

Por sua vez, entre os inquiridos do CSP2 a situação altera-se bastante, uma vez que 80% dos inquiridos consideraram que a comunicação com o assistente social tem sido um meio para a realização de reclamações e sugestões. Trata-se de uma diferença muito relevante quando comparamos estes dados aos dados do CSP1, o qual possui menos 58,9 pontos percentuais neste âmbito. Destaca-se a comunicação (exclusivamente com o assistente social) como o meio mais utilizado para realizar reclamações e sugestões (73,3%).

Se consultarmos os dados relativos à globalidade da amostra, constatamos que 51,7% dos inquiridos consideraram que a comunicação com o assistente social tem sido um meio para a realização de reclamações e sugestões. A comunicação (exclusivamente com o assistente social) surge também como o meio mais utilizado para realizar reclamações e sugestões (45,2%), seguido do recurso à família (com 35,5%) (Anexos, pp. 169-173). A este respeito, o assistente social do CSP2 referiu o seguinte:

*“(...) eles acabam por ser pessoas muito agradecidas e muito pouco reativas relativamente à forma de funcionar, apontam um ou outro aspeto relativamente ao mau funcionamento do apoio domiciliário (...) por si só eles não são pessoas muito de reclamar e de exigir e de demonstrar o seu desagrado relativamente à forma como os serviços estão a ser desenvolvidos. Por isso a sua participação muitas vezes acaba por ser estimulada por nós no sentido de poderem comentar e de poderem recomendar melhorias de serviço,*

*recomendar alterações que o centro deva fazer para que os serviços possam ser mais bem desenvolvidos” (Anexos, pp. 49-50).*

Vejamos agora os dados relativos à seguinte pergunta: *“Alguma vez foi inquirido(a) pelo(a) assistente social acerca da sua satisfação perante os serviços prestados?”* (Anexos, p. 7). No caso do CSP1 metade dos inquiridos afirmam que o assistente social nunca os inquiriu acerca da sua satisfação para com os serviços prestados. Por outro lado, afirmam também que 43,8% dos inquiridos referiram que o assistente social teria falado com eles a esse respeito. No CSP2 os dados são muito semelhantes. Neste centro social, 46,7% dos inquiridos afirmam que o assistente social não falou com eles sobre a sua satisfação perante os serviços, ao passo que outros 46,7% disseram que o assistente social de facto tomou essa atitude (Anexos, pp. 173-174).

Por último, analisemos os dados associados à seguinte pergunta: *“Tem participado na avaliação periódica da intervenção?”* (Anexos, p. 7).

No âmbito do CSP1, 75% dos inquiridos responderam negativamente à pergunta. Apenas 12,5% dos inquiridos referiu que tem participado numa avaliação periódica da intervenção.

Por seu lado, no CSP2 os dados são semelhantes: 80% dos inquiridos refere não participar dessa avaliação. Somente 20% dos inquiridos referiu que realiza a avaliação periódica da intervenção.

Se abordarmos a totalidade da amostra, vemos como apenas 16,1% dos inquiridos refere que tem participado na avaliação periódica da intervenção, ao passo que 77,4% dos inquiridos respondeu negativamente à questão (Anexos, pp. 174-175). Tais dados indicam que poucas vezes os inquiridos foram incluídos na avaliação periódica da intervenção. Este procedimento possui impacto negativo na participação dos inquiridos no âmbito da intervenção. Os inquiridos deveriam ser incluídos na avaliação da intervenção de que são visados.

Todavia, o assistente social do CSP2 possui uma opinião divergente. Ele referiu na entrevista semidirigida o seguinte:

*“(…)É assim ao nível da avaliação, ao fim de um mês, habitualmente, costuma haver um briefing específico relativamente aquele utente, em que em equipa com as auxiliares percebemos como está a correr todo o serviço desenvolvido, qual é a opinião do utente - e aqui o técnico deve deslocar-se a casa do utente e perceber de viva voz o que é que ele considera que está a ser bem feito e mal feito”* (Anexos, p. 49).

#### **4- Níveis de participação e de defesa da vontade e autodeterminação dos idosos na intervenção:**

Tendo por base as respostas dos informadores qualificados (os assistentes sociais, responsáveis pelas intervenções dos centros sociais em estudo), o presente ponto estabelece procedimentos básicos que garantem a participação dos idosos na intervenção social bem como a defesa da sua vontade e autodeterminação no acesso aos serviços.

**-Candidatura:** Os momentos da candidatura e da admissão são momentos críticos para garantir a participação e o respeito pela vontade do cliente, uma vez que é neste primeiro contacto que o assistente social se pode aperceber se o cliente deseja de facto receber cuidados do serviço de apoio domiciliário, ou se está a ser coagido. É ainda o momento apropriado para prestar informação completa, não só à família do cliente, mas sobretudo ao próprio cliente.

Esta também é a primeira possibilidade que o assistente social possui para se aperceber dos recursos e oportunidades, bem como dos problemas e ameaças que estão presentes no sistema-cliente. Para que tal aconteça, o assistente social não deve prescindir de conversar pessoalmente com o próprio cliente (sempre que assim for possível), de modo a perceber qual a sua vontade, e de modo a poder fazê-lo participante da intervenção.

*“(...)os utentes contactam a instituição no sentido de perceber como é que se podem inscrever ou o que é que necessário fazer para se integrarem no centro. Posteriormente a esse passo dirigem-se ao centro ou então é efetuado uma visita domiciliária e aí é percebido digamos assim quais são os interesses por parte dos utentes, o que é que eles tencionam recolher a nível de informação que se adapte àquilo que são os seus desejos àquilo que são as suas necessidades e vontades e preenche-se um documento em que eles trazem a documentação pessoal em que se regista digamos as necessidades que eles têm”*  
(Anexos, p. 47).

**-Admissão:** Na admissão deve ser garantida a informação necessária ao cliente, de modo a que este realize um consentimento livre e informado (a propósito da prestação dos serviços). Nesse sentido, é assegurado ao cliente a possibilidade de escolher os serviços que deseja receber – é

importante que este não receba nenhum serviço sem que o deseje receber. É ainda importante que a escolha dos serviços seja realizada de comum acordo com o cliente.

*“(...)Sim... Sim, eles podem escolher os serviços desejados...embora possam necessitar, nós não queremos impor, porque os serviços também acontecem mediante o pagamento duma comparticipação, e este...isto é-lhes logo explicado. Por exemplo, ele, o cliente, pode pedir-nos a alimentação e a higiene pessoal, mas também já não tem condições para fazer a higiene habitacional; só que sabem que...também vão ter que pagar uma par... uma percentagem para esse serviço e...e como têm que pagar mais, prescindem. Portanto, há serviços que eles necessitam, mas têm a liberdade de prescindir...não podemos obrigar...portanto esta pergunta vai mais ou menos nesse(...)” (Anexos, pp. 38-39 ).*

Para que a informação seja de facto transmitida, é entregue ao cliente uma cópia do regulamento interno do serviço de apoio domiciliário. Todavia, este procedimento pode não garantir que o cliente seja de facto informado e incluído, uma vez que estes documentos são normalmente complexos e longos do ponto de vista dos clientes com menor escolaridade.

*“(...)creio de uma forma bastante abrangente é explicado a forma de funcionamento, é depois entregue o regulamento interno da resposta social que faz também com que o próprio utente perceba digamos quais são as regras do jogo ou seja não há nada escondido na manga.” (Anexos, p. 50).*

Um outro instrumento importantíssimo para garantir a participação do cliente e o respeito pela sua autodeterminação é a celebração obrigatória de um contrato de prestação de serviços.

*“Investigador: Sim. No momento da admissão, é celebrado, entre a instituição e o cliente, um contrato de prestação de serviços?”*

*Assistente Social 1: Sim. Onde nós temos mencionado o que fazemos em domicílio e local, mais ou menos o horário pelo qual é prestado o serviço.” (Anexos, p. 39).*

**-Diagnóstico da situação:** Para garantir a participação do cliente é fundamental que o diagnóstico da situação seja realizado (também) com base no discurso do cliente. O assistente social

(sempre que possível) fala com o cliente por forma a captar a informação necessária à realização do diagnóstico.

*“(...)preocupa-me sempre envolver e quero que o cliente perceba...perceba a situação em que esteja...que ele manifeste o que está a sentir, o que é que necessita...para ver se nós somos a resposta mais adequada também” (Anexos, p. 33).*

**-Planeamento da intervenção e construção do plano de desenvolvimento individual (PDI) ou plano individual (PI):** A participação do cliente e a sua autodeterminação são fortemente promovidas sempre que o assistente social realiza o planeamento da intervenção tendo em conta os seguintes aspetos: Levantamento das necessidades e expectativas do cliente realizado com base no discurso do próprio cliente, (tal não invalida a incorporação de necessidades que o assistente social se apercebe mas o cliente não); construção e planeamento das atividades realizados com a participação ativa do cliente.

Para que isto ocorra, o cliente é ouvido no processo do planeamento (sempre que o seu perfil assim o permita).

*“(...) O plano de desenvolvimento é combinado com o próprio cliente e com a família...e são...é passo a passo...e eu tenho sempre em conta envolver o cliente,(...)” (Anexos, p. 34).*

*“É assim o plano individual é assente naquilo que são os serviços contratualizados pelo utente e de acordo com aquilo que o próprio utente ou um familiar por ele demonstra que tem necessidade” (Anexos, p. 48).*

**-Execução da intervenção:** Nesta fase da intervenção, a participação do cliente reside na realização dos serviços atendendo à sua vontade e promovendo a sua autonomia. O assistente social zela pela corresponsabilização dos clientes na realização das atividades de vida diárias. Por outro lado, ele zela também pelo bom desempenho dos ajudantes de ação direta, de modo a que este seja delicado e respeitador da vontade dos clientes. *“(...)tenho sempre, sempre em consideração o interesse dos clientes e a sua vontade própria; só quando vejo que eles estão-se a colocar em risco ou que é incorreto, tento lucidar, clarificar... vamos fazendo uma partilha(...)”(Anexos, p. 35).*



Inerente à execução da intervenção está a sua avaliação periódica. O cliente participa desta avaliação. A sua satisfação é tida em conta: esta é medida e registada no processo individual do cliente.

*“(…)É assim ao nível da avaliação, ao fim de um mês, habitualmente, costuma haver um briefing específico relativamente aquele utente. Em que em equipa com as auxiliares percebemos como está a correr todo o serviço desenvolvido, qual é a opinião do utente e aqui o técnico deve deslocar-se a casa do utente e perceber de viva voz o que é que ele considera que está a ser bem feito e mal feito” (Anexos, p. 49).*

**-Finalização da intervenção:** O assistente social procura perceber se o cliente termina a intervenção por sua livre vontade. O assistente social tenta perceber se o cliente não se encontra coagido por outrem. Muitas vezes esta coação pode partir dos familiares ou até dos próprios assistentes sociais.

Com o seu termo, a intervenção (no seu conjunto) deve ser novamente avaliada. Numa intervenção onde se tem em conta a participação do cliente, esta avaliação é feita sem prescindir da opinião/avaliação do próprio cliente.

Em suma: Em Serviço Social o cliente é o eixo da intervenção. A intervenção deve estar sempre orientada para o cliente.

### **Discussão dos resultados:**

Começamos por elencar os resultados obtidos a propósito da análise do perfil dos clientes de serviço de apoio domiciliário. Estes resultados retratam o perfil dos clientes inquiridos da seguinte forma:

São sobretudo mulheres, com idades compreendidas entre os 75 e os 94 anos de idade (as quais tendem a possuir mais de 80 anos). São sobretudo viúvas (havendo também algumas solteiras) das quais metade vivem sós, e por isso são mais premiáveis ao isolamento. Possuem baixo grau de escolaridade. Um número significativo possui apenas a antiga quarta classe. A maioria estudou um pouco mais, mas raros são os casos onde se conseguiu concluir o 12º ano.

Profissionalmente, encontram-se reformadas. Auferem entre 281 e 600 € por mês. Pertencem por isso a um escalão economicamente desfavorecido.



Ao nível da saúde, são, por norma, pessoas com múltiplos problemas graves de saúde. Quando não possuem múltiplos problemas, possuem pelo menos um problema considerável.

Quanto à sua dependência, são pessoas Moderadamente dependentes (score = 88,23 segundo o Índice de Barthel). A tendência é que a dependência se agrave com a idade (Anexos, pp. 71-84).

Quanto à capacidade de decisão, ficou aferido que: apenas 29% acedeu ao serviço de apoio domiciliário por iniciativa própria. É sobretudo dos familiares que parte essa iniciativa. A procura de um serviço de apoio domiciliário deveu-se em 58,1% dos casos a uma escolha/decisão de outras pessoas e não do cliente. Apenas na gestão do dinheiro é que os inquiridos mostraram possuir maior capacidade de decisão: 64,5% referiu que a gestão do seu dinheiro é assumida pelo próprio e não por terceiros.

Por fim, pode afirmar-se que apenas algumas delas possuem cuidador informal em adição aos cuidadores dos serviços de apoio domiciliário de que são clientes. Apenas 29% possuem cuidador informal. O cuidador informal desempenha sobretudo funções relativas ao apoio instrumental, para a realização das atividades de vida diárias (Anexos, pp. 85-90).

Quanto às suas necessidades, os assistentes sociais destacaram as seguintes:

Área da saúde: alargar o acesso a cuidados de saúde ao domicílio e a acompanhamento psicológico.

Área da economia: viabilizar rendimentos de valor superior.

Área da dependência: supervisionar a realização das atividades de vida diárias; apoiar a aquisição de medicação; auxiliar os clientes nas suas deslocações ao exterior.

Área da família: criar estruturas de apoio ao familiar cuidador.

Área da habitação: desfazer barreiras arquitetónicas; requalificar e restaurar as habitação degradadas.

Área dos cuidados prestados no domicílio: prestar apoio psicossocial, animação sociocultural e terapia ocupacional no domicílio (Anexos, pp. 93-99; 114-116).

Prosseguimos com a identificação de perfis de participação. Os resultados apurados a este respeito, (explícitos em todo terceiro ponto do capítulo 4), não permitem destriçar diferentes perfis de participação dada à homogeneidade dos resultados patente em quase todos os testes que comparavam a relação entre diferentes variáveis. Contudo, foi possível estabelecer, (ao longo do pontos 3 do capítulo 4), o perfil de participação geral dos clientes inquiridos. Prosseguimos com a discussão desses resultados:

-Quanto à importância/influência do perfil do idoso para que este seja respeitado na sua autodeterminação e vontade (no contexto da intervenção) os resultados apresentados são maioritariamente inconclusivos; todavia, os resultados demonstram relações (ainda que fracas) nos seguintes casos: aceder ao serviço de apoio domiciliário por iniciativa de seus familiares está associado a maior propensão para considerar que o assistente social nunca falou sobre o planeamento da intervenção, e por outro lado com considerar que durante todo o período da intervenção têm havido meios para comunicar as suas opiniões.

A dependência dos clientes surge associada à sensação de não se ter tido a possibilidade de se escolher os serviços desejados (no momento da admissão).

Por seu turno, a independência surge associada a maior propensão para a participação na avaliação periódica da intervenção.

Quanto às habilitações literárias, os resultados indicam que, maior escolaridade se encontra associada a maior possibilidade de se ter escolhido os serviços desejados (no momento da admissão) (Anexos, p. 111).

O valor da reforma apresenta também leve relação com a forma como é considerada a vontade do cliente, uma vez que os inquiridos que possuem reformas de maior valor também são os que mormente consideram que lhes foi dada a possibilidade de escolher os serviços de que usufruem. É interessante também constatar que os únicos dois inquiridos que consideram que têm participado na avaliação periódica da intervenção são também os que auferem maior pensão.

Quanto à estrutura familiar, os resultados apontam uma leve ligação entre os inquiridos que vivem sós e a impossibilidade de escolha dos serviços desejados. Esta ligação também ficou patente no caso dos inquiridos que não residem com os seus filhos ou cônjuges (Anexos, p. 102).

-Quanto à importância/influência dos recursos do serviço de apoio domiciliário para que seja respeitada a autodeterminação e vontade dos clientes pelos assistentes sociais, os resultados demonstram que estas variáveis não possuem relação com o aumento ou o decréscimo do respeito pela vontade e autodeterminação dos inquiridos.

Surgiu apenas uma exceção: os clientes que possuem os serviços de higiene pessoal, fornecimento e acompanhamento nas refeições e higiene habitacional, possuem maior propensão para considerar que não foi possível a escolha dos serviços desejados no momento da admissão.

É ainda neste âmbito que surgem os resultados à questão *“Quais os cuidados que recebe e qual o grau de participação e decisão que considera possuir em cada um dos cuidados que*

*recebe?”* (Anexos, p. 5). Os resultados revelam que a grande maioria dos inquiridos considera ter elevado grau de participação e decisão na intervenção (Anexos, p. 149).

-Quanto aos aspetos que dizem diretamente respeito à intervenção social, é necessário alertar para o seguinte: Como no ponto 3.3 é também onde se expõem os dados inerentes à caracterização da intervenção do profissional de serviço social na perspetiva do cliente, (de modo a que se possa compreender de que forma é considerada a vontade do cliente - isto é: a informação relativa ao segundo objetivo do estudo), expõem-se de seguida os resultados mostrando os dados relevantes quer para o segundo como para o terceiro objetivos do estudo.

Estes testes apresentam resultados muito diferentes face à perspetiva do cliente para com a forma como é considerada a sua vontade. Nalguns dos testes vemos como a vontade/autodeterminação do cliente foi tida em conta. Noutros vemos como houve falhas na consideração da vontade/autodeterminação, e noutros ainda, vemos como na perspetiva dos clientes, houve muito pouco respeito pela vontade e autodeterminação dos inquiridos. Os resultados seguem abaixo:

Os seguintes aspetos possuem resultados que revelam respeito pela vontade e autodeterminação dos inquiridos: Prestação de informação de qualidade aos clientes acerca do serviço de apoio domiciliário (74,2% dos elementos afirmaram ter recebido informação suficiente); consentimento dos clientes face à prestação dos serviços (100% dos inquiridos consideram que consentiram de livre vontade que lhes prestassem os serviços) (Anexos, pp. 160-161); Existência de meios de comunicação de opiniões e reclamações (mais de 80% dos elementos da amostra concordam que existem estes meios) (Anexos, pp. 167-168).

De seguida, apresentam-se os aspetos cujos resultados revelam falhas na consideração da vontade e autodeterminação: Concessão da possibilidade de escolha dos serviços desejados no momento da admissão (apenas 53,3% dos inquiridos consideram que lhes foi concedida essa possibilidade); Celebração de contrato de prestação de serviços (41,9% dos inquiridos refere que nunca celebrou qualquer contrato); Avaliação da satisfação do cliente perante os serviços prestados (48,4% dos elementos da amostra consideram que nunca foram inquiridos acerca da sua satisfação para com os serviços prestados) (Anexos, pp. 162-164. 173-174).

Por seu turno, os aspetos que demonstram muito pouco respeito pela vontade e autodeterminação dos inquiridos são: Participação do cliente no diagnóstico da sua situação social (mais de 80% dos inquiridos afirma não ter participado neste diagnóstico); Participação do cliente no planeamento da intervenção, PDI ou PI (83,9% dos inquiridos afirmou que nunca falou com o

assistente social a propósito desses assuntos) (Anexos, pp. 164-167); Participação do cliente na avaliação periódica da intervenção (77,4% afirma não participar da avaliação periódica) (Anexos, pp. 174-175).

Por último, realizamos uma comparação entre os resultados obtidos por cada centro social de forma a compreender qual o centro com maior nível de participação: comparados os resultados, verificamos à partida que estes são muito próximos em ambos os centros sociais. Todavia, é possível verificar que o CSP1 demonstrou possuir melhores resultados - e por isso, maior nível de participação - nos seguintes testes: Grau de participação e decisão associado aos cuidados prestados pelos serviços de apoio domiciliário; Prestação da informação ao cliente no momento da admissão; Celebração de contrato de prestação de serviços; Participação no planeamento da intervenção/PDI/PI; Existência de meios de comunicação de opiniões e reclamações (Anexos, pp. 149. 160. 163-164. 167).

Por seu lado o SCP2 demonstrou possuir melhores resultados nos seguintes testes: Possibilidade de escolha dos serviços; Participação no diagnóstico da situação; Aferição da satisfação do cliente; Participação na avaliação periódica da intervenção (Anexos, pp. 162. 165. 173-174).

Ambos os centros sociais obtiveram resultados semelhantes no contexto do teste: Consentimento na prestação do serviço (Anexos, p. 161).

Assim sendo, de acordo com estes resultados, podemos afirmar que o CSP1 é o centro social com maior nível de participação, (com cinco testes onde obteve melhores resultados, contra quatro testes onde obteve piores resultados, e um teste onde se igualou ao CSP2).

### **Conclusão:**

O envelhecimento é um dos problemas mais complexos e desafiantes da atualidade. As respostas sociais para as pessoas são essências para promover a autonomia e a participação. Uma dessas respostas é o serviço de apoio domiciliário. Estes serviços são complementares à família mas atualmente substituem a família por omissão de cuidados, por indisponibilidade e ou por inexistência da mesma. Estes serviços são territorializados e por isso estão perto das famílias que buscam este tipo de serviços. Estes serviços são essenciais na defesa dos direitos das pessoas idosas que se encontram fragilizadas em função da idade, da doença, da dependência e isolamento.

Nesta tese queríamos saber qual era a perceção dos clientes de serviço de apoio domiciliário face à sua participação, autodeterminação e vontade, e se estes direitos eram respeitados. Depois de

analisados os dados, as respostas obtidas não deixam margem para dúvidas: Os inquiridos consideram-se plenamente participantes e plenamente respeitados quanto à sua participação e decisão, no âmbito da intervenção social. Desse modo, poderíamos considerar que os clientes de serviço de apoio domiciliário não sofrem qualquer limitação à sua participação na intervenção, e que os seus direitos de autodeterminação não estão sendo negligenciados pelos assistentes sociais (e suas famílias), conforme pressupõem o problema do presente estudo. Podemos deduzir que estas respostas correm porque os clientes não desejam pôr em causa o serviço que lhes é prestado, demonstrando ainda mais a sua condição de fragilidade a nível da participação. Pois todavia, os resultados dos testes realizados a propósito de aspetos concretos da intervenção social, revelam outra realidade. Eles provam a ocorrência de falhas na consideração da vontade/autodeterminação dos clientes por parte dos assistentes sociais. Isto sucede porque os clientes não estão integrados como seria desejável e porque as intervenções não seguem o modelo de participação indicado no ponto 4 do capítulo 4 - Níveis de participação e de defesa da vontade e autodeterminação dos idosos na intervenção.

Conclui-se então que em muitos casos, o cliente não participa ou não vê respeitada a sua autodeterminação a respeito dos seguintes aspetos:

- Acesso ao serviço já que na sua maioria são os familiares que acedem;
- Concessão da possibilidade de escolha dos serviços desejados no momento da admissão;
- A celebração de contrato de prestação de serviços;
- Avaliação da satisfação do cliente perante os serviços prestados (Anexos, pp. 162-164. 173-174).

Conclui-se ainda que os clientes quase nunca participam ou (quase nunca) veem respeitada a sua autodeterminação a respeito dos seguintes aspetos:

- Participação do cliente no diagnóstico da sua situação social;
- Participação do cliente no planeamento da intervenção, PDI ou PI;
- Participação do cliente na avaliação periódica da intervenção (Anexos, pp. 164-167. 174-175).

Desse modo, fica refutada a possibilidade de considerar que os clientes de serviço de apoio domiciliário não sofrem limitações à sua participação, ou mesmo que a sua vontade e autodeterminação é sempre respeitada.

Contudo apesar das evidencias demonstrarem estes factos, os clientes inquiridos, consideraram que participam plenamente, e que são respeitados no âmbito da intervenção social.

Este paradoxo só pode ser explicado concluindo que os participantes do estudo não associam aspetos práticos (tais como: a realização de contrato de prestação de serviços, a possibilidade de escolha dos serviços desejados ou a participação do cliente no planeamento da intervenção, entre outros), à falta de respeito pela sua vontade, pelo seu direito à autodeterminação, nem a cortes concretos na possibilidade de participar na intervenção. Por outro lado - como refere o assistente social do CSP1 - os clientes são pessoas resignadas à sua condição, as quais ao terem acesso a qualquer tipo de serviço desta natureza ainda não têm a noção de que o mesmo é um direito.

Desse modo também se conclui que para se aferir se um cliente de serviço de apoio domiciliário participa ou não da intervenção, não se deve apenas perguntar simplesmente o que este acha sobre o assunto, pois o cliente poderá nem perceber ao certo os múltiplos aspetos relacionados com a participação de um cliente e por outro lado, poderá querer agradar a quem faz a pergunta (e não colocar em causa o serviço que lhe é prestado). Mais sensato será a observação do processo de intervenção e a realização de perguntas que abordem a participação em pequenos aspetos da intervenção.

Ainda a propósito da pergunta de partida, devemos concluir que alguns dos aspetos em estudo revelaram que os clientes também consideram que participam e são respeitados na sua autodeterminação. Tais aspetos são os seguintes:

- Prestação de informação de qualidade aos clientes acerca do serviço de apoio domiciliário;
- Consentimento dos clientes face à prestação dos serviços;
- Existência de meios de comunicação de opiniões e reclamações (Anexos, pp. 160-161. 167-168).

Conclui-se assim a ocorrência destas boas práticas em matéria de participação e de garantia do respeito pela vontade/autodeterminação do cliente.

No contexto do terceiro objetivo do estudo, foram feitos testes que cruzam as variáveis que fazem parte das dimensões (do modelo de análise), com variáveis que possuem relação direta com a participação dos clientes nas decisões profissionais inerentes à intervenção social (com o objetivo de verificar a existência de relações entre as diferentes dimensões do modelo de análise e a participação dos clientes na intervenção bem como o respeito pela sua vontade e autodeterminação, de modo a possibilitar a identificação de perfis de participação entre os clientes).

Os resultados da grande maioria destes testes mostraram-se demasiado vagos para ser possível criar associações. Conclui-se que por via de um estudo com as presentes características, (onde se estudam apenas dois centros sociais e apenas se pode contar com as respostas de 31

inquiridos) não é possível realizar e comprovar este tipo de associações. Esta impossibilidade gerou dificuldade na prossecução do terceiro objetivo do presente estudo.

Ainda assim, o estudo sugere que é possível associar (ainda que vagamente) alguns aspetos com a participação/autodeterminação dos clientes. São eles:

a) O acesso ao serviço de apoio domiciliário por iniciativa de familiares do cliente, associado a maior propensão para considerar que o assistente social nunca falou sobre o planeamento da intervenção, e ainda com considerar que durante todo o período da intervenção têm havido meios para comunicar as suas opiniões.

b) A dependência, associada à sensação de não se ter tido a possibilidade de escolha dos serviços desejados (no momento da admissão).

c) A independência, associada a maior propensão para a participação na avaliação periódica da intervenção.

d) As habilitações literárias e o valor da reforma, associados a maior possibilidade de se ter escolhido os serviços desejados (no momento da admissão).

e) O isolamento (viver só), associado à impossibilidade de escolha dos serviços desejados (Anexos, p. 102).

f) Possuir os serviços de higiene pessoal, fornecimento e acompanhamento nas refeições e higiene habitacional, associado à impossibilidade de escolha dos serviços desejados.

-Também foi possível concluir a existência de uma certa dissonância entre o ponto de vista dos clientes e o ponto de vista dos assistentes sociais face aos seguintes aspetos relativos à participação dos clientes: Quanto à participação do cliente no diagnóstico da sua situação social, o assistente social do CSP1 considera que existe uma preocupação com o envolvimento dos clientes. Todavia, as respostas dos clientes indicam maioritariamente o contrário.

Quanto ao planeamento da intervenção, PDI ou PI, ambos os assistentes sociais consideram que o fazem tendo por base o depoimento do cliente. Contudo, as respostas dos clientes também indicaram o contrário. Já quanto à possibilidade de escolha dos serviços desejados (no momento da admissão), os assistentes sociais referem que esta se encontra garantida. Não obstante, muitos dos inquiridos não sentem o mesmo. Por fim, se abordarmos as suas opiniões face à ocorrência de celebração de um contrato de prestação de serviços, os assistentes sociais afirmam consideram que este é realizado. Porém, grande parte dos clientes referiu que não possui contrato.



-Por ultimo, aferimos que o perfil de intervenção social que promove a participação plena do cliente e respeita integralmente a sua vontade e autodeterminação respeita certamente os seguintes pressupostos:

- a) Tal intervenção social tem em vista o aumento de poder do cliente – seja na área social, política ou económica;
- b) O cliente é obrigatoriamente escutado e a intervenção social tem em conta a individualidade do cliente, atendendo ao seu perfil;
- c) O acesso à informação é facilitado ao cliente;
- d) Ao longo do processo de intervenção, é garantido o direito à escolha e ao consentimento informado no âmbito de cada decisão;
- e) O assistente social recolhe e regista os interesses, os gostos e as aspirações do cliente e por eles orientar a intervenção, (sempre que possível);
- f) O assistente social respeita e faz respeitar os desejos do cliente e a sua autodeterminação;
- g) O assistente social encontra-se mais comprometido com o seu cliente do que com os seus significativos. A intervenção tem como fim último o desenvolvimento do cliente – o assistente social nada coloca como obstáculo a esta finalidade;
- h) A intervenção social compreende avaliações regulares, sendo que estas são realizadas mediante a participação do cliente;
- i) A satisfação do cliente é medida e registada;

Em suma, a intervenção social é desafiada e orientada para a promoção da dignidade humana.

Ao terminar esta tese, desejo mencionar algumas perspetivas de intervenção no sentido da participação efetiva deste grupo populacional. Primeiramente gostaria de referir que o presente estudo representa um excelente pretexto para que os assistentes sociais se questionem acerca das suas práticas. Procura-se a promoção da reflexão sobre a maneira como lidamos com os direitos dos clientes. Conclui-se pois que nós, os assistentes sociais, temos de dar a atenção devida à participação dos nossos clientes na intervenção social como forma de promoção dos direitos humanos - autodeterminação - e a bem do respeito pela vontade das pessoas idosas e do empowerment que desejamos promover. É por isso urgente repensar a nossa atividade.

Desejo e encorajo que outros assistentes sociais/investigadores/estudantes a realizem outros estudos sobre o respeito pelos direitos dos clientes, noutras respostas sociais e/ou noutras áreas de intervenção social, em prol da humanização dos serviços.



Por fim, enuncio um conjunto de medidas que combatem o problema em estudo:

A) Medidas a implementar pelos serviços de apoio domiciliário:

- Promoção do trabalho em equipa, por forma a estimular a discussão de casos, para que seja mais fácil detetar a ocorrência de intervenções paternalistas, e/ou que não respeitem a autodeterminação do cliente;

- Supervisão profissional;

- Promoção do voluntariado para o fomento da participação. Esta medida envolve a criação de grupos locais de voluntariado. Os voluntários apoiariam os assistentes sociais na execução de medidas práticas de fomento da participação, por exemplo: registando as opiniões e reclamações dos clientes para as comunicar mais facilmente aos assistentes sociais.

- Obrigatoriedade de realização da avaliação da satisfação dos clientes, pelo menos uma vez por ano;

B) Medidas a implementar pela Segurança Social:

- Criação de um guião de procedimentos/boas práticas, para a promoção da participação e autodeterminação dos clientes. Este guião seria destinado não só aos assistentes sociais, mas também aos ajudantes de ação direta e diretores das instituições de assistência;

- Realização de ações de informação/sensibilização acerca da temática da participação, autodeterminação e empowerment do cliente;

- Criação de um gabinete de provedoria do cliente, plenamente dedicado à defesa e promoção dos seus direitos. Este gabinete funcionaria numa lógica de proximidade com os clientes, estreitando o fosso entre estes e o órgão fiscalizador da atividade;

- Agravamento das medidas de sanção aplicadas pela Segurança Social para as instituições que não respeitem o estipulado na Portaria nº 38/2013 a respeito dos direitos relativos à participação do cliente;

- Criação de um método que permita aferir o grau de participação dos clientes. Por exemplo, por via de um inquérito de preenchimento obrigatório para clientes, o qual deverá ser aplicada pelo assistente social. As perguntas deste inquérito estariam associadas a indicadores que viabilizariam a avaliação do grau de participação dos clientes. A Segurança Social verificaria os níveis de participação registados.

Por exemplo, aquando das visitas de acompanhamento técnico, o técnico da Segurança Social poderia verificar o grau de participação associado aos clientes. Para se verificar a veracidade das declarações escritas nos questionários, o técnico poderia solicitar o visionamento de um destes

inquéritos (escolhido de modo aleatório) e depois poderia deslocar-se a casa do cliente para apurar junto deste se as declarações escritas no questionário são verídicas. As falsas declarações deveriam ser devidamente punidas mediante o procedimento habitual da Segurança Social.

Estes são alguns contributos que esta tese pode trazer à política social e ao Serviço Social em serviços de apoio domiciliário.

## **Bibliografia:**

AAVV. (2005). *Gestão da Qualidade das respostas Sociais no serviço de Apoio Domiciliário, Manual de Processo-chave Serviço de Apoio Domiciliário*. (Vol 1). Lisboa: Instituto da Segurança Social, Sociedade de Edições e Impressão Lda.

Abu-Omar, K., Rütten, A., & Robine JM. (2004). Self-rated health and physical activity in the European Union. *Soz Präventivmed.* 49, 4, 231-232.

AIESS & FIAS. (2014). *Declaração Internacional de Princípios Éticos do Serviço Social*. Adelaide: AIESS & FIAS.

Andrade, A. (2013). *Idosos Ativos, Idosos Saudáveis*. (Tese de mestrado). Escola Superior da Saúde e Tecnologias de Lisboa.

Apóstolo, J. L. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* 25, 2, 59-66.

Arnstein, S. (2002). Uma escada da participação cidadã. *Revista da Associação Brasileira para o Fortalecimento da Participação – PARTICIPE.* 2, 2, 4-13.

Arnstein, S. R. (1969). A Ladder of Citizen Participation. *JAIP.* 35, 4, 216-224.

Audenhove, C., & Declerq, A. (2004). *National background report for Belgium. Services for Supporting Family Careers of Eldery People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage*. Hamburg: Eurofamcare.

Bonfim, C., Cadete, M., Quaresma, M., Saraiva, M., Teles, M., & Veiga, S. (1996). *População Idosa, Análise e Perspetivas, A Problemática dos Cuidados Intrafamiliares*. Lisboa: Segurança Social, Direção Geral de Ação Social, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.

Bukov, A., Lampert, T., & Maas, I. (2002). Social Participation in Very Old Age: Cross-sectional and longitudinal findings from base. *Journal of Gerontology*. 57B, 6, 510-517.

Caissie, M. (2014). Global Definition of Social Work. In *FSW General Meeting and World Conference, Melbourne, 5-12 Julho 2014* (pp. 2-3). Melbourne: International Federation of Social Workers.

Capucha, L. (s.d.). *Envelhecimento e Políticas Sociais: novos desafios aos sistemas de proteção*. [S.l.:s.n.].

Carmo, H. (1999). *Desenvolvimento Comunitário*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carmo, H., & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da investigação - guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carneiro, M. M. (2012). Gerontologia e Qualidade de vida - Reforço dos Laços Familiares dos Idosos Institucionalizados. (Tese de mestrado). Universidade Portucalense

Carta Social. (2009). A certificação das respostas sociais. *Carta Social, Folha informativa, Um novo meio para conhecer a evolução da Rede de Serviços e Equipamentos*. 1, 3.

Carta Social. (s.d. a). *Carta Social, Rede de Serviços e Equipamentos, Relatório 2014*. Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento.

Carvalho, E. (2013). *A Animação Sociocultural em contexto de Centro de Dia: Projeto de Intervenção*. (Tese de mestrado). Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

Carvalho, M. (2011). Ética, Serviço Social e “responsabilidade social”: o caso das pessoas idosas. *Katál*, 14, 2, 239-245.

Carvalho, M. (2012). *Envelhecimento e Cuidados Domiciliário em Instituições de Solidariedade Social*. Lisboa: Coisas de Ler Edições, Lda.

Chitas, P., & Rosa, M. (2010). *Portugal e a Europa: os Números*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, Relógio D'Água Editores.

Conceição, M. E. (2004). Novas respostas no âmbito da acção social: os centros de noite. *Pretextos - Instituto da Segurança Social*. 17, 16-17.

Decreto-Lei nº 33 (2014), *Procede à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março, que define o regime jurídico de instalação, funcionamento e fiscalização dos estabelecimentos de apoio social geridos por entidades privadas, estabelecendo o respetivo regime contraordenacional*, publicado a 4 de março.

Decreto-Lei nº 101 (2006), *Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*, publicado a 6 de junho.

Decreto-Lei nº 102 (1997) Série I-A, *Cria a Fundação Cartão do Idoso*, publicado a 28 de abril.

Decreto-Lei nº 113 (2011), *Regula o acesso às prestações do Serviço Nacional de Saúde (SNS) por parte dos utentes no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios*, publicado a 29 de novembro.

Decreto-Lei nº 172-A (2014), *Altera o Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social*, publicado a 14 de novembro.

Despacho nº 43 (1997), *Cria o Programa Idosos em Lar*, publicado a 20 de fevereiro.

Despacho nº 6716-A (2007), *Cria o Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas*, publicado a 5 de abril.

Despacho Conjunto nº 166 (1994), *Cria o Programa de Apoio Integrado a Idosos*, publicado a 20 de julho.

Despacho Conjunto nº 204 (1996), *Cria o Programa de Apoio Integrado a Idosos*, publicado a 3 de setembro.

Despacho Conjunto nº 360 (1999), *Determina a criação de um grupo de trabalho interdepartamental com o objectivo de estudar e propor medidas em matéria de cuidados no domicílio a pessoas idosas*, publicado a 28 de abril.

Despacho Conjunto nº 407 (1998), *Aprova as Orientações Reguladoras da Intervenção Articulada do Apoio Social e dos Cuidados de Saúde Continuados*, publicado a 18 de junho.

Despacho Normativo nº 12 (1998), *Define as responsabilidades no funcionamento dos lares*, publicado a 25 de fevereiro.

Despacho Normativo nº 62 (1999), *Define as normas que regulamentam as condições de implementação, localização, instalação e funcionamento dos serviços de apoio domiciliário*, publicado a 12 de novembro.

Direção-Geral da Segurança Social. (2014). *Orientação Técnica, Circular Número 4*. Lisboa: Direção-Geral da Segurança Social.

Direção-Geral da Segurança Social. (2015). *Segurança Social. Proteção Social das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção-Geral da Segurança Social.

Durandal, J. (2010). Política Pública sobre envejecimiento: La Participación de las personas mayores en los procesos de toma de decisiones. In *Presentaciones realizadas en el III Congreso*

*Internacional Personas Mayores, Ciudadanía y Empoderamiento: de la Investigación a la Acción, Santiago de Chile, 26 y 27 de octubre de 2010* (pp. 53-58). Santiago de Chile: CIEDESS.

Durkheim, E. (1977). *O Suicídio*. Vila da Feira: Editorial Presença.

Eco, U. (1991). *Como se Faz uma Tese em Ciências Humanas*. Lisboa: Presença.

Engenheiro, S. (2008). *Apoio Domiciliário um estudo de caso*. (tese de mestrado). Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Feio, M., Gonçalves, R., & Sequeira, M. (2006). Conclusões da Conferência “O Nosso Envelhecimento”. In *Conferência o “nosso envelhecimento”, Lisboa, 8 junho 2006* (p.6). Lisboa: Plataforma Saúde em Diálogo.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. (1ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.

Fulmer, T., & O'Malley, T. (1987). *Inadequate Care of the Elderly*. Nova York: Springer Publishing Company.

Granja, B., & Pereira, F. (2009). Serviço social e Gerontologia – Articulações e Fronteiras. In *Intervention Sociale et Developpement: Quelles references pour quelles partiques. 3ème congrès de l'AIFRIS, Hammamet, Tunisie, 21-24 Avril 2009*. (pp. 8-14). Bruxelas: Association Internationale pour la Formation, la Recherche et l'Intervention Sociale.

Guedes, J. (2008). Desafios identitários associados ao internamento em lar. In *VI congresso português de sociologia – mundos sociais: saberes e práticas, Lisboa, 25-28 junho* (pp. 6. 13). Lisboa: Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.

Guillemard, A. (1986). *Le Déclin du Social*. Paris: Presses Universitaires de France.

INE. (2015). *Destaque informação à comunicação social*. Lisboa: INE.



Instituto da Segurança Social, IP. (s.d.). *Guião da Segurança Social para visitas de acompanhamento técnico*. Lisboa: Segurança Social.

Instituto da Segurança Social, IP. (2010 a). *Manual de processos-chave, serviço de apoio domiciliário, Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais*. (2ª edição). Lisboa: Instituto da Segurança Social, Sociedade de Edições e Impressão Lda.

Instituto da Segurança Social, IP. (2010 b). *Modelo de avaliação da qualidade serviço de apoio domiciliário*. (2ª edição). Lisboa: Instituto da Segurança Social, Sociedade de Edições e Impressão Lda.

Instituto da Segurança Social, IP. (2015). *Guia Prático – Apoios Sociais – Pessoas Idosas*. Lisboa: Departamento de Comunicação e Gestão do Cliente.

International Longevity Center-USA. (2006). *Ageism in America*. Nova York: Open Society Institute.

King, G., Robert O., Kehoane, R., & Verba, S. (1994). *Designing Social Inquiry. Scientific Inference in Qualitative Research*, Princeton. Princeton: Princeton University Press.

Kinsella, K., & Velkoff, V. (2001). *An Aging World: 2001 International Population Reports*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Lello E., & Lello J. (1964). *Dicionário Prático Ilustrado*. Porto: Lello & Irmão – Editores.

Lousao, A. (2009). *A participação política e os desafios da inclusão – aspectos normativos da teoria democrática*. S.l.: Diversitates, 1, 2.

Mahoney, F., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*. 14, 61-65.

Marconi, M., & Lakatos, E.M. (1996). *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Atlas.

Ministro da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. (2014). *Compromisso de cooperação para o setor social e solidário protocolo para o biénio 2015-2016*. Lisboa: Ministro da Solidariedade, Emprego e Segurança Social.

Montanha, A. (2015). *Alterações das respostas sociais, especialmente nos Serviços de Apoio Domiciliário, perante as exigências da população idosa jovem*. (Tese de mestrado). Instituto Politécnico de Bragança.

Moura, S. (2015). *Identificação dos fatores que influenciam a adesão à terapêutica: a realidade transmontana*. (Tese de mestrado) Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Nilsen, T.I., Romundstad, P.R., Petersen, H., Gunnell, D., & Vatten, L.J. (2008). Recreational physical activity and cancer risk in subsites of the colon (The Nord-Trondelag Health Study). *Cancer Epidemiol Biomarkers*. 17, 1, 183-188.

Nogueira, J. M. (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social - Gabinete de estratégia e planeamento - Carta social.

Núncio, J. (2010). *Introdução ao Serviço Social História, Teoria e Métodos*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade Técnica de Lisboa.

Nunes, J. (2014). *Implementação da Gestão da Qualidade no Serviço de Apoio Domiciliário - Centro de Dia São Simão*. (Tese de mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias - Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração.

OCDE. (2006). *Economic Survey – Portugal*. Paris: OECD Publishing.

Oliveira, B. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do Idoso*. (3ª edição). Porto: Livpsic

ONU. (1999). *Direitos Humanos e Serviço Social*. Lisboa: ISSS, Dep. Editorial.

ONU. (2001). *A Carta Internacional dos Direitos Humanos*. Lisboa: Procuradoria-Geral da República, Gabinete de Documentação e Direito Comparado.

OMS. (2001). *Men Ageing And Health. Achieving health across the life span*. Geneva: World Health Organization.

OMS. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: World Health Organization.

ONU. (2002a). *Comunicado de imprensa do Departamento de Informação Pública da ONU, símbolo SOC/4619, de 12 de abril de 2002*. Lisboa: Centro de Informação das Nações Unidas em Portugal.

ONU. (2002b). *Direitos Humanos e Pessoas Idosas*. Lisboa: Centro de informação das Nações Unidas para Portugal.

OPSS. (2015). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório de Primavera 2015*. OPSS.

Pereira, A. (2011). *Modelo de Negocio como Metodologia de Avaliação de Apoio Domiciliário*. (Tese de mestrado). Universidade de Aveiro.

Petroski, E., Virtuoso-Júnior, J., & Tribess, S. (2009). Fatores Associados à Inatividade Física em Mulheres Idosas em Comunidades de Baixa Renda. *Salud Pública*. 11, 1, 39-49.

Pires, M. (2014). *Avaliação da Qualidade de Vida e do Grau de Dependência dos Idosos Apoiados pelo Serviço de Apoio Domiciliário da Penha de França da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*. (Tese de mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde.

PORDATA. (2016). *Indicadores do Envelhecimento*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel Dos Santos.

Portaria nº 38/2013, *Estabelece as condições de instalação e funcionamento do serviço de apoio domiciliário*, publicado a 30 de janeiro.

Portaria nº 67 (2012), *Define as condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas*, publicado a 21 de março.

Portaria nº 196-A (2015), *Define os critérios, regras e formas em que assenta o modelo específico da cooperação estabelecida entre o Instituto da Segurança Social, I. P. (ISS, I. P.) e as instituições particulares de solidariedade social ou legalmente equiparadas*, publicado a 1 de julho.

Portaria nº 250 (1999), *Cria a Rede Ajuda, programa piloto*, publicado a 8 de abril.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (2ª ed.). Lisboa: Gradiva.

Resolução da Assembleia da República nº 61 (2012), *Por um envelhecimento ativo*, publicado a 4 de maio.

Resolução do Conselho de Ministros nº 59 (2002), *Definição da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*, a 22 de março.

Ribeiro, R., & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento activo*. Porto: Lidel.

Robison, W., & Reeser, L. (2002). *Ethical Decision-Making in Social Work*. S.l.: Allyn & Bacon.

Rodrigues, A. M. (2012). *O medo de envelhecer*. (Monografia de Licenciatura). Lisboa: Escola Superior de Educação João de Deus.

Rosa, M. J. (2012). *O Envelhecimento da População Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon/ Random House.

Sá, J. V. (2001). *Gestão na prática*. (Vol. 2). Lisboa: ISCSP.

Schlindwein-Zanini, R. (2010). Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. *Revista Neurociências*. 18, 2, 220-226.

Vik, K., Witsø, A. E., & Ytterhus, B. (2012). Participation in Older Home Care Recipients: A Value-Based Process. *Activities, Adaptation & Aging*. 36. 4. 297-316.

Walker, A. (2001). *Cuidados Comunitarios en el Reino Unido. Vejez Y Protección Social a la Dependencia en Europa*. Madrid: Artegraf, S.A.

Wehmeyer, M. L. (1992). Self-determination and the education of students with mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*. (Vol. 27). 4, 302-314.

Witsø, A. E. (2013). *Participation in older adults – in the context of receiving home-based services*. (Tese de doutoramento). Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Social Sciences and Technology Management.

### **Webgrafia:**

Assembleia da República. (2005). *Constituição da República Portuguesa VII Revisão Constitucional* [2005]. Disponível em:  
<https://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>.

APSS. (2014). *Definição Global da Profissão de Serviço Social*. Disponível em:  
<http://www.apross.pt/profissao/defini%C3%A7%C3%A3o/>.

Carta Social. (s.d. b). *Carta Social*. Disponível em: <http://www.cartasocial.pt/>.

Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social. (2003). Estatuto legal da carreira dos assistentes sociais (Proposta de diploma). Disponível em: [http://www.cpihts.com/2003\\_07\\_06/Prop\\_Estatuto\\_Legal.htm](http://www.cpihts.com/2003_07_06/Prop_Estatuto_Legal.htm).

Fernandes, A. (1996), *Previdência social e estado-providência*. Disponível em: [http://www.aps.pt/cms/docs\\_prv/docs/DPR49245f23900c5\\_1.pdf](http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR49245f23900c5_1.pdf).

Henrard, J.C. (1997). *Les processus de vieillissement et l'âge de la vieillesse*. Disponível em: <http://hcsp.ensp.fr/adsp/AdSP-21/D2tx041.htm>.

PORDATA. (s.d. a). *Pensões da Segurança Social em % do PIB: despesa total e por tipo-Portugal*. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Pens%C3%B5es+da+Seguran%C3%A7a+Social+em+percentagem+do+PIB+despesa+total+e+por+tipo-942>.

PORDATA. (s.d. b). *Pensão média anual da Segurança Social: total, de sobrevivência, de invalidez e de velhice - Portugal*. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Pens%C3%A3o+m%C3%A9dia+anual+da+Seguran%C3%A7a+Social+total++de+sobreviv%C3%Aancia++de+invalidez+e+de+velhice-706>

EAPN Portugal. (2016). *Apresentação*. Disponível em: <http://participacao.eapn.pt/apresentacao/>.

Serviço Social.pt. (s.d.). *Modelos de Intervenção do Serviço Social*. Disponível em: <http://servicosocial.pt/modelos-de-intervencao-do-servico-social>.